

Tiiu Seitalahti

# Kotihoidon hoitohenkilöstön hygieniasaamisen tukeminen lähiesimiesten näkökulmasta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystenhoitaja YAMK

Kliininen asiantuntijuus sosiaali-  
ja terveysalalla

Opinnäytetyö

Syksy 2017

Tekijä Otsikko  Sivumäärä Aika	Tiiu Seitalahti Kotihoidon hoitohenkilöstön hygieniosaamisen tukeminen lähiesimiesten näkökulmasta 50 sivua + 3 liitettä Syksy 2017
Tutkinto	Terveystieteiden AMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysala
Suuntautumisvaihtoehto	Klininen asiantuntija
Ohjaajat	Lehtori Eila-Sisko Korhonen Ylihoitaja Mari Muhonen Osastonhoitaja Eija Sonninen Kotihoitopäällikkö Eeva Sandelin
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon lähiesimiesten näkemyksiä siitä, miten he tukevat työntekijöiden hygieniosaamista. Lisäksi kysyttiin, miten kotihoidon lähiesimiesten hygieniatyötä tulee vastaajien mielestä kehittää. Tavoitteena on kotihoidon hygieniatyön kehittäminen. Kartoitusta toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmällä, aineistonkeruu toteutettiin teemahaastattelun avulla. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulosten mukaan kotihoidon lähiesimiehillä ei ollut keinoja tukea työntekijöiden hygieniosaamista riittävästi, mihin mahdollisesti vaikutti esimiestehtävissä toimivan henkilön peruskoulutus. Kaikilla esimiestehtävissä toimivilla henkilöillä ei ollut terveydenhuoltoalan koulutusta. Lisäksi uuden työntekijän perehdytys kokonaisuutena koettiin hallitsemattomaksi, eikä toiminnan onnistumista juurikaan kontrolloitu. Hoitotyön hygienian ja aseptisten työskentelytaitojen valvominen on hankalaa kotihoitotyön luonteen vuoksi. Oikeiden toimintakäytänteiden oppiminen jäi lähes täysin työntekijän omalle vastuulle. Perehdytystilanteissa esimiehet luottivat siihen, että perehdyttäjät huolehtivat työssä ohjaamisesta. Henkilöstöasioista kertominen koettiin perehdytystilanteissa kuuluvan esimiehille. Toimintaohjeistus on kaikille Helsingin kaupungin kotihoidon lähiesimiehille yhteneväinen, mutta tulosten mukaan toimintakäytännöt vaihtelivat esimiehestä riippuen. Esimiestyön monisäikeisyyden ja kiireen vuoksi valtaosa vastaajista koki, ettei pysty tekemään työtään niin hyvin kuin pitäisi.</p> <p>Vastaajat toivat selkeästi ilmi, että työntekijän kiinnostus ja innostuneisuus omasta työstään vaikutti merkittävästi haluun kouluttautua. Kaikki vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että asiakastyö menee koulutuksiin ilmoittautumisen ja osallistumisen edelle. Tulosten mukaan hoitotyön hygieni- ja aseptikkakoulutukset koettiin tarpeellisina. Vastaajien mielestä hygieniayhdyshenkilön roolia ei työyhteisössä oteta riittävän vakavasti ja tämän vuoksi osaamisen hyödyntämistä ei tapahdu. Hygieniahoidajan aktiivista jalkautumista pidettiin tärkeänä tiedon soveltamiseksi käytännön työhön. Esimiesten vaihtelevan koulutustaan vuoksi hoitotyön hygieni- ja aseptikkakoulutuksia tulee suunnata myös heille. Kokonaisvastuu ja valvonta kuuluvat yksiköiden esimiehille.</p> <p>Jatkossa olisi tarpeellista kartoittaa uuden työntekijän perehdytys-prosessin kehittämistarpeita. Osaksi kotihoidon työntekijöiden perehdytystä olisi aiheellista kehittää menetelmiä hygieniosaamisen valvomiseksi ja varmistamiseksi.</p>	
Avainsanat	käsihygieniä, hoitoon liittyvä infektio, kotihoito

Author Title Number of Pages Date	Tiiu Seitalahti Supporting the Hygiene Proficiency of Home Care Nursing Staff from the Perspective of Immediate Supervisors 50 pages + 3 appendices Autumn 2017
Degree	Master`s Degree
Degree Programme	Health Care and Social Services
Specialisation option	Clinical Expert in Health Care and Social Services
Instructors	Eila-Sisko Korhonen, Senior Lecturer Mari Muhonen, Nursing Director Eija Sonninen, Nurse Manager Eeva Sandelin, Home Care Manager
<p>The purpose of this thesis was to survey the views of immediate supervisors in home care concerning ways in which they support the hygiene proficiency of employees. In addition, the respondents were asked how the hygiene work of the immediate supervisors in home care should be developed. The aim is to develop the hygiene work in home care. The survey was conducted using qualitative research methods, and the data was collected using a theme interview. The data was analysed using inductive content analysis.</p> <p>The results indicate that immediate supervisors in home care did not have sufficient means to support the hygiene proficiency of employees. One of the reasons for this inability might have been the basic education of the supervisory individuals. Not all of the supervisory individuals had received education in health care. In addition, the orientation of a new employee was perceived as unmanageable as a whole, and the success of operations was hardly controlled at all. Supervising nursing hygiene and aseptic working skills was difficult due to the nature of home care. Learning the appropriate practices was left almost entirely to the employee. In orientation situations, supervisors trusted that the person conducting the orientation would provide on-the-job guidance. Describing personnel matters was seen as the supervisors' task in orientation situations. The instructions for all immediate supervisors in the city of Helsinki home care are consistent, but the results show that practices differ depending on the supervisor. Due to the complexity and busy schedules of supervisory work, the majority of the respondents felt that they could not do their job as well as they should.</p> <p>The respondents clearly stated that an employee's interest and enthusiasm towards work significantly influenced the will to educate oneself. All of the respondents agreed that customer work takes precedence over registering for and taking part in training events. According to the results, home care hygiene and asepsis training was seen as necessary. The respondents felt that the role of the hygiene contact person was not taken seriously enough in the work community, and, due to this, skills were not put into practice. The active mobilisation of the hygiene nurse was seen as important for the knowledge to be applied to practical work. Since the supervisors' educational background varies, home care hygiene and asepsis training should also be organised for them. The overall responsibility and supervision lie with the department supervisors.</p> <p>In the future, it would be useful to survey the development needs of the orientation process of a new employee. There is a need to develop methods to supervise and guarantee hygiene proficiency that can be used as part of the orientation of home care employees.</p>	
Keywords	hand hygiene, health care associated infection, home care

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoriatausta	2
2.1	Hygienia ja aseptiikka hoitotyössä	3
2.2	Laatu hoitotyössä	4
2.3	Katsaus tutkimuksiin	5
3	Tutkimusympäristö	10
3.1	Kotihoito	10
3.2	Sosiaali- ja terveystoimen organisaatio	11
3.3	Helsingin kaupungin kotihoidon organisaatio	12
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	13
5	Menetelmät	13
5.1	Aineiston keruumenetelmä	13
5.2	Aineiston keruu	14
5.3	Haastatteluaineiston analysointi	16
6	Tulokset	19
6.1	Perehdytys	20
6.2	Osaamisen tukemisesta	28
6.3	Perehdytyksen kehittäminen	30
6.4	Käytännön työ	32
7	Pohdinta	35
7.1	Eettisyys	35
7.2	Luotettavuus	37
7.3	Tulosten pohdinta	40
	Lähteet	47
	Liitteet	
	Liite 1. Eri tiedonhakuportaalien sekä hakusanojen käyttö	
	Liite 2. Haastattelulomake	
	Liite 3. Taulukot aineiston analysoinnista	

## 1 Johdanto

Yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja eettiset käsitykset toimivat osaltaan lainsäädäntömme perustana. Hoitotyöntekijöiden ammattietiikka velvoittaa ylläpitämään ja kasvatamaan tietoja ja taitoja sekä huolehtimaan työn riittävästä laadusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Hygienia ja aseptiikka ovat merkittävässä roolissa puhuttaessa laadukkaasta hoitotyöstä. Terveystieteidenhuollossa monia asioita voidaan mitata ja seurata. Hoitotyön laadunseuranta koostuu useasta mitattavissa olevasta elementistä, joista hoidon turvallisuus on yksi osatekijä. (Virtanen 2016: 2519.) Ohjeiden laatiminen on tärkeä osa infektioiden torjuntatyötä. Moniammatilliset tiimit työstävät toimintaohjeita yhdessä, ottaen huomioon useat hoitoon liittyvät näkökulmat. Asianmukaiset, selkeät ja yksiselitteisesti näyttöön perustuvat ohjeet antavat oikein noudatettuina turvaa ja parantavat työntekijöiden työturvallisuutta sekä annetun hoidon laatua. (Anttila - Hellstén - Rantala - Routamaa - Syrjälä - Vuento. 2010: 654-655.) Hoitotyössä aseptiikalla ja hygienialla tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään ennaltaehkäisemään hoitoon liittyvien infektioiden syntymistä. Toimimalla aseptisesti oikein ja noudattamalla hoitotyön hygieniaoheita, suojataan asiakkaita mikrobirtunnoilta. (Anttila ym. 2010: 163-164.)

Tartuntatautilain (583/1986 § 3) mukaan hoitoon liittyvä infektio on terveydenhuollon toimintayksikössä annetun hoidon aikana syntynyt tai alkunsa saanut infektio. Leikkausalueiden infektiot, virtsatieinfektiot, keuhkokuume ja vaikea yleisinfektio, jossa mikrobi kasvaa veressä ovat yleisimpiä hoitoon liittyviä infektioita. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta on osa potilasturvallisuutta. Tutkimukset muista maista ja Suomesta osoittavat, että näiden infektioiden kansanterveydellinen merkitys on erittäin suuri. (Anttila ym. 2010: 18, 36.)

Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa tartuntateiden tunteminen on merkityksellistä. Kosketustartunta on yleisin tartuntareitti hoitoon liittyvien infektioiden leviämisessä. Lähihoitotilanteet mahdollistavat kosketustartunnan tapahtumisen. Kädet kontaminoituvat herkästi ja mikrobit säilyvät ja siirtyvät käsissä kosketuksen välityksellä edelleen seuraavaan asiakkaaseen, ympäristöön, hoitovälineisiin sekä siivousvälineisiin. Mikrobien tartuntateiden katkaisussa hyvä käsihygienia, suojainten oikea käyttö sekä oikeat työskentelytavat ovat infektioiden torjunnan kulmakivet. Tavanomaiset varotoimet ovat onnistuneen hoitotyön perusta ja niitä pitäisi noudattaa kaikessa työskentelyssä, jokaisen asi-

akkaan kohdalla siitä huolimatta, onko asiakkaalla infektio tai ei. Tavanomaisten varotoimien tarkoituksena on katkaista tartuntatiet estämällä mikrobien leviäminen työntekijöistä asiakkaisiin, asiakkaista työntekijöihin sekä asiakkaista työntekijöiden välityksellä toisiin asiakkaisiin. (Anttila ym. 2010: 27-29, 165 ja 167.) Tavanomaisilla varotoimilla tarkoitetaan riittävää käsihuuhteen käyttöä, suojaimien oikeaa käyttöä sekä turvallisten toimintatapojen noudattamista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, miten kotihoidon hoitohenkilöstön hygieniasaamista tuetaan lähiesimiesten näkökulmasta. Tavoitteena on kotihoidon hygieniatyön kehittäminen. Tulokset antavat kotihoidon työntekijöille tietoa hygieniatyöstä infektioiden torjunnan näkökulmasta.

## 2 Teoriatausta

Lainsäädäntö määrittelee, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- sekä toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 8). Kotihoito on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista säännöllistä tai tilapäistä, moniammatillisesti toteutettua terveyden- ja sairaanhoitoa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 25).

Pitkäaikaista hoitoa antavien hoitopaikkojen vähentymisen myötä aiemmin sairaaloissa annettuja hoitoja annetaan enenevässä määrin avohoidon puolella. Väestön ikääntyminen sekä elimistön puolustusjärjestelmään kajoavien hoitojen yleistyminen avohoidossa lisää osaltaan hoitoon liittyville infektioille altistuvien asiakkaiden määrää. Sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulle asetettu vaade hoidon kustannustehokkuudesta johtaa väistämättä laitospaikkojen sekä henkilöstön vähentämiseen entisestään. Tämän kaltaisten toimenpiteiden voidaan arvioida osaltaan lisäävän hoitoon liittyvien infektioiden määrää. (Anttila ym. 2010: 18.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa seurattiin käsihygienian toteutumista havainnointitutkimuksella vuonna 2011. Siinä tarkkailtiin käsidesinfection toteutumista ennen potilaan koskettelua, ennen aseptisia toimenpiteitä, potilaan ja ympäristön kosketteluun jälkeen sekä potilaan eritteiden käsittelyn jälkeen. Havaintoja kertyi hieman alle 4 200,

näistä suositusten mukaisesti toimi 44 prosenttia havaituista ja osittain oikein 29 prosenttia havaituista. Noin 27 prosentissa havainnoista käsihygienian toteutuminen lainkaan. Tulosten mukaan hoitohenkilöstön käsihygienian toteuttamisessa on vielä paljon parantamisen varaa. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että terveydenhuollon opiskelijoiden käsihygienian toteutumisen parantamiseen oli helpompaa vaikuttaa kuin esimerkiksi jo valmistuneiden sairaanhoitajien tai lääkäreiden. (Routamaa - Hupli. 2007: 2397-2401.)

Oikein toteutettu käsihygienian on useiden tutkimusten pohjalta laadittujen ohjeiden mukaan merkittävin ja kustannustehokkain toimenpide niin asiakasturvallisuuden kuin työturvallisuudenkin näkökulmasta. Tutkimukset osoittavat, että hoitoon liittyvien infektioiden määrää voidaan oikein toteutetulla käsihygienialla vähentää 20–70 prosenttia. Tehtyjen havaintotutkimusten mukaan vain noin 40–60 prosentissa hoitotilanteista käsihygienian toteutuu suositusten mukaisesti. Tutkimusten valossa laadittujen toimintaohjeiden ajatellaan olevan vain suosituksia, joita ei ole pakko noudattaa. (Rintala - Routamaa. 2013: 1120-1121.)

Suojakäsineet eivät korvaa käsihuuhteen käyttöä ja ne ovat eniten väärin käytetty suojain sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suojakäsineiden käyttö on viime vuosina vain lisääntynyt, vaikka niitä tarvitaan vain käsiteltäessä verta, eritteitä ja asiakkaan limakalvoja. Muissa tapauksissa kädet puhdistetaan käyttämällä käsihuhdetta tai käsien ollessa näkyvästi likaiset ne pestään vedellä ja saippualla. WHO:n ohjeistuksen mukaan kädet desinfioidaan mm. ennen suojakäsineiden pukemista sekä niiden riisumisen jälkeen (WHO 2009.) Hoitaja käyttää vähintään 6 ml käsihuhdetta yhtä suojakäsineparia kohti, 3 ml ennen suojakäsineiden pukemista ja 3 ml suojakäsineiden riisumisen jälkeen. Kun verrataan edeltävällä tavalla laskettua käsihuuhteen käyttö määrää suhteutettuna suojakäsineiden sekä käsihuuhteen tilattuun määrään, niin voidaan päätellä, että hoitohenkilöstö suojautuu käyttämällä suojakäsineitä ja jättää kätensä desinfioimatta. (Rintala - Routamaa. 2013: 1120-1121.)

## 2.1 Hygienian ja aseptiikka hoitotyössä

Hoitajan henkilökohtainen hygienia on merkittävässä asemassa puhuttaessa tartuntojen ehkäisystä. Terve ja puhdas iho, oikein desinfioidut kädet, lyhyet, lakattomat ja luonnolliset kynnet sekä siistit ja puhtaat hiukset ovat jokaisen hoitajan henkilökohtaisen hygienian perusta. Puhtauden ylläpitämisessä on kuitenkin noudatettava maalaisjärkeä. Liial-

lisella pesemisellä ja voimakkaiden pesuaineiden käytöllä iho menee rikki ja henkilö horjuttaa oman kehonsa puolustusjärjestelmää. Iho on ihmisen suurin elin ja siitä tulee pitää huolta. Oikein toteutettuna hyvä käsihygienia on merkittävin tapa ennaltaehkäistä infektioiden leviämistä. Mikrobit tarttuvat ja leviävät edelleen pääasiallisesti kosketustartuntana. Käsihygienian puutteellinen toteuttaminen on riski niin potilas- kuin hoitajan työturvallisuudellekin. (Kakkori - Lankinen - Pentti 2010: 78-80.)

Aseptiikalla hoitotyössä tarkoitetaan laajaa asiakokonaisuutta ja se näkyy hoitajan toimintatavoissa. Aseptisen työskentelyn tavoitteena on hoitotilanteessa estää kontaminaatiota eli tartuntaa tapahtumasta. Aseptinen toiminta edellyttää tekijältä asiantuntemusta sekä vastuuntuntoa. Aseptinen toiminta perustuu hoitajan hyvään henkilöhygieniaan, oikein toteutettuun käsihygieniaan, ennalta suunniteltuun toimintaan sekä annettujen ohjeiden noudattamiseen. On tärkeää opetella työskentelemään noudattaen aseptisiä työtapoja. (Kakkori ym. 2010: 88-89.) Kotihoitotyössä noudatetaan aseptiikan ja hygienian osalta samoja toimintakäytänteitä kuin sairaala- ja laitososolosuhteissa toteutettavassa hoitotyössä.

## 2.2 Laatu hoitotyössä

Jokaisella Suomessa asuvalla on perustuslaillinen oikeus terveydentilansa mukaiseen, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon (Suomen perustuslaki 731/1999 § 19; Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 8; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3). Hoidon laatua arvioitaessa on erittäin tärkeää miettiä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Näkemys hoidon laadusta voi olla hyvin erilainen, riippuen sen tarkastelunäkökulmasta. Henkilöstömitoitusten ja hoitotyön laadun välillä on osoitettu olevan yhteyksiä. Toisaalta hoitohenkilöstön koulutustasolla on henkilöstömäärää suurempi vaikutus. Hoitotyön laatu kärsii jos henkilöstöä, ja erityisesti sairaanhoitajia, on liian vähän. Hoitopalvelujärjestelmän rakenne ja henkilöstömäärä vaikuttavat siis hoidon laatuun. Hoidon laadun varmistamiseksi tulee annetun hoidon toteutumista arvioida kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman ja sen noudattamisen näkökulmasta. Laadukkaassa hoidossa toiminta perustuu aina tutkittuun tietoon ja näyttöön. (Vallejo Medina. 2006: 357-358.)



## 2.3 Katsaus tutkimuksiin

Routamaa ja Hupli (2007) kartoittivat hoitotyöntekijöiden tietoja ja käsityksiä käsihygieniasuosituksista sekä suositusten mukaisesta toiminnasta. Tutkimusaineisto kerättiin yhden sairaanhoitopiirin yliopistollisen sairaalan ja neljän aluesairaalan kirurgisten ja sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajilta ja perushoitajilta, strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimustulosten mukaan 95 prosentilla (n = 418) vastaajista oli hyvät tai erinomaiset tiedot käsihygieniasuosituksista. Valtaosa (95 %) vastaajista tiesi myös, että alkoholipitoinen käsihuuhe vähentää käsien mikrobeja tehokkaammin kuin saippua-vesipesu. Hoitotyöntekijöillä oli käsihygieniasuosituksien ja kirjallisuuden kanssa suurelta osin yhteneväiset käsitykset käsihygienian toteuttamista edistävistä tekijöistä. Yleisimmiksi esteiksi käsihygienian toteuttamiselle hoitotyöntekijät kertoivat puutteelliset resurssit, kiireen, asenteet, esimerkkikäyttäytymisen ja käsien desinfektioon liittyvät asiat, kuten anostelijoiden puutteen ja huonon sijainnin sekä käsihuuhteen epämiellyttävän koostumuksen. (Routamaa - Hupli. 2007: 2397-2401.)

Tutkimuksia kotihoitotyön hygieniasta tai aseptiikasta ei ole Suomessa tehty. Medic-tiedonhakuportaalista hakusanoilla "kotihoito AND hygienia" sekä "kotihoito AND aseptiikka" ei löytynyt ainoatakaan tulosta. Haettaessa hakusanoilla "hoitoon liittyvät infektiot AND esiintyvyys" tuotti viisi tulosta, ja "hoitoon liittyvien infektiot AND hygienia" tuotti yhden tuloksen. Hakusanoilla "hoitoon liittyvien infektioiden torjunta AND hygienia" tuotti kaksi tulosta. Hakusanat "hoitoon liittyvien infektioiden torjunta" tuotti yhteensä 33 tulosta. Medline- (Ovid) tiedonhakuportaalista löytyi sanoilla "health care associated infection AND home care" yhteensä neljä tulosta. Hakusanoilla "infection control management AND home care" saatiin yhteensä 13 tulosta. Sanoilla "infection prevention processes" haku tuotti viisi tulosta. Cinahl-tiedonhakuportaalista löytyi hakusanoilla "hand hygiene AND health care associated infections" yhteensä yhdeksän tulosta. Hakusanoilla "health care associated infections AND hand hygiene" saatiin yhteensä yhdeksän tulosta. Sanoilla "hand hygiene AND best practices" haku tuotti yhteensä viisi tulosta. Kaikkia sanahakuja rajattiin kattamaan vuosien 2006-2016 aikana julkaistut tutkimukset, mukaan valittiin ainoastaan alkuperäistutkimukset. Osa hakutuloksista rajattiin sisältämään kohteet, joista oli saatavilla tutkimusta koskeva teksti kokonaisuudessaan. Osa saaduista hakutuloksista hylättiin, koska ne eivät olleet merkityksellisiä tämän työn kannalta. Tulokset tietokantahauista ja hauissa käytetyistä sanoista on koottu liitteeseen 1.

Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyyttä on kartoitettu Euroopan tautikeskuksen (ECDC) ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) järjestämällä prevalenssitutkimuksella vuonna 2011. Edellinen prevalenssitutkimus suomalaisissa akuutissairaaloissa toteutettiin vuonna 2005. Tutkimusten tavoitteena oli mm. arvioida hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyyttä. Tutkimus kattoi 59 suomalaista akuutissairaaloa, josta rajattiin pois vain polikliiniset ja päiväkirurgiset potilaat. Tulokset osoittivat, että potilaista 7,4 prosentilla (716/9712) oli vähintään yksi hoitoon liittyvä infektio. Hoitoon liittyvä infektio todettiin potilailla, jotka olivat keskimäärin muita vanhempia ja heillä oli vakavia perussairauksia. Huomattava osa potilaista (41 %) sai mikrobilääkitystä. Prevalenssitutkimus antoi tietoa hoitoon liittyvien infektioiden yleisyydestä ja laadusta. Tulosten perusteella sairaalat ja yksiköt pystyvät kohdentamaan infektioiden torjuntaa tehokkaammin ongelma-alueille ja kehittämään jatkuvaa seuranta. (Kärki - Lyytikäinen, 2013: 39-45.)

Vuosien 2004-2007 välisenä aikana kaikki tartuntatautirekisteriin ilmoitetut veriviljelypositiivisten infektioiden tiedot yhdistettiin väestörekisterin kuolin tietoihin. Saaduista luvuista laskettiin infektioiden ilmaantuvuus ja kuolin tietoja eri ikä-, sukupuoli- ja aiheuttajamikrobiryhmissä. Yhteensä veriviljelypositiivisia infektioita todettiin 33 473. Tutkimustulosten perusteella Infektioiden ilmaantuvuus ja niihin kuolleisuus lisääntyivät tilastollisesti merkitsevästi (4 %) vuoden aikana. Ilmaantuvuus oli suurin yli 65-vuotiailla ja alle 1-vuotiailla, miehillä todettiin tartuntoja naisia useammin. Yleisimpiä aiheuttajamikrobeja olivat *Escheria coli* (27 %) ja *Staphylococcus aureus* (13 %). Ensimmäisen kuukauden aikana infektion toteamisesta 13 prosenttia sairastuneista menehtyi. Kolmanneksessa kuolemista aiheuttajana oli *E. coli* tai *S. aureus* ja 70 prosenttia menehtyneistä oli yli 65-vuotiaita. Veriviljelypositiiviset infektiot aiheuttavat Suomessa koko väestötasolla lähes tuhat tarpeetonta kuolemaa. Aikuisten miesten kuolleisuus oli noin puolitoistakertainen naisiin verrattuna. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että veriviljelypositiiviset infektiot aiheuttavat merkittävän tautitaakan erityisesti yli 65-vuotiaille ja miehille, tämän vuoksi näiden infektioiden ehkäisyyn tulisi kiinnittää enemmän huomiota. (Skogberg - Ollgren - Nuorti - Ruutu - Lyytikäinen. 2013: 68 (1-2): 33-38.)

Texasilainen Pamela Clark (2010) kuvaa kirjoittamassaan tieteellisessä artikkelissa valvontamenetelmien kehittymistä viimeisten vuosikymmenten aikana. Tapahtumia tarkastellaan infektioiden torjunnan näkökulmasta, poikkeuksellisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä Amerikassa. Yhtenä poikkeuksellisena terveydenhuollon toimintaympäristönä Clark kuvaa kotihoitoa, jolloin hoitajan toimintaympäristönä toimii asiakkaan

elinympäristö, koti. Kotiin annettavasta hoidosta esimerkiksi saattohoito oli alkuun suunniteltu tilapäiseksi hoitomuodoksi, mutta kotiin annettavan hoidon hyödyt edesauttoivat hoitomuodon vakiintumista osaksi nykyistä hoitotyötä. Hoitomuotojen kehittyminen edellyttivät terveydenhuollon valvonnan ja seurannan kehittämistä syntyneeseen hoitomuotoon sopivaksi. Vuosikymmenten aikana kotiin annettava hoito on kehittynyt, eikä edes sairaalatasoisen hoidon toteuttaminen ole enää este hoidon saamiselle kotiin. Kotihoiton hoitajat hoitavat akuutisti sairaita asiakkaita, joilla on korkea riski sairastua hoitoon liittyvään infektiin. Riski johtuu osittain asiakkaan perussairauksista ja osittain hoitoympäristöstä. Kotona hoitajan ei ole aiemmin ollut samalla tavalla mahdollista huolehtia hoitotyön hygieniasta ja aseptiikasta kuin sairaalaympäristössä. Hoidon seuranta ja valvonta ovat merkittävä osa hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa. Valvonta ja hoitomenetelmät ovat kuitenkin vuosien saatossa kehittyneet ja siten parantaneet myös hoidon laatua. (Clark 2010: 363-370.)

Valvonnalla on tärkeä rooli kotihoitotyön infektioiden torjunnassa julkisessa terveydenhuollossa. Saksalaiset tutkivat infektioiden seurannan merkitystä hoidon laatuun kotihoitoa antavissa yksiköissä. Infektioiden esiintyvyyden valvontaa ja seurantaa on toteutettu hoitokodeissa, mutta kotihoidossa asia on heikommin huomioitu. Tutkimuksella oli tarkoitus tunnistaa hygieniatyön ongelmakohtia infektioiden torjunnan ja laadun arvioinnin näkökulmasta kotihoitotyössä. Haastattelut toteutettiin vuosien 2006-2009 välisenä aikana yhteensä 194 kotihoitoa antavassa yksikössä. Palvelun laatua arvioitiin yhteensä 194 kotiin hoitoa antavassa yksikössä. Haastattelujen perusteella analysoitiin hoidon laatua ja hoitoa saavien asiakkaiden riskiä saada hoitoon liittyvä infektio. Saatujen tulosten mukaan noin 80 prosenttia vastanneista yksiköistä arvioi laiminlyövänsä infektioiden torjuntasuunnitelmaa. Erityisesti pienet yksiköt, jotka antoivat hoitoa alle kymmenelle asiakkaalle, noudattivat heikosti infektioiden torjuntatoimia. Vastausten mukaan näillä pienillä yksiköillä oli myös riskialttiimpia asiakkaita kuin suuremmilla yksiköillä. Tutkimus osoitti, että infektioiden torjunnan valvontaa ja seurantaa tulisi tehostaa erityisesti pienissä kotihoitoyksiköissä. Työnantajan tulisi järjestää työntekijöilleen koulutusta ja neuvontaa hoitotyön hygieniaan liittyvissä asioissa. Pienten yksiköiden lisäksi tulisi kiinnittää huomiota suuriin yksiköihin, joissa yhdellä hoitajalla voi olla jopa yli kymmenen asiakasta hoidettavanaan työpäivän aikana. Toimintaa tulisi arvioida hoitoon liittyvien infektioiden valvonnan ja seurannan näkökulmasta. (Spegel - Höller - Randzio - Liebl - Herr. 2013: 111-118.)

McCoy Poff ja Via Browning (2014) kuvailivat kirjoittamassaan tieteellisessä artikkelissa toimivan infektioiden torjuntaohjelman kehittämistä kotihoitotyön tarvetta vastaavaksi, yhden terveydenhuoltoyksikön sisällä. Todettiin, että jo olemassa oleva seurantajärjestelmä keräsi kohdennetusti tietoa hoitoon liittyvistä infektioista, mutta kerättyä tietoa ei pystytty hyödyntämään kotihoitotyön kehittämiseksi. Ongelmia esiintyi erityisesti tietojen siirtoon liittyen. Tämän kehittämistyön tavoitteena oli luoda kansallisesti yhdenmukainen, vertailukelpoinen seurantajärjestelmä. Järjestelmä, joka mahdollistaisi hoitoon liittyvien infektioiden torjuntakeinojen kehittämisen paremmin tarvetta vastaavaksi. Kehittämistyön tuloksena uskottiin, että yhteneväisen toiminnan, eli hoitoon liittyvien infektioiden tietojen keruun sekä palveluntarjoajien välisen vertailun avulla, kotihoitotyön palvelun laatua voitaisiin parantaa. Kehittämistyön tuloksena tehtiin myös seuraavia päätelmiä. Seuranta-aikana kerätyt tiedot olivat todenmukaisia, koska niiden arviointi oli toteutettu noudattaen kansallisia määritelmiä. Henkilökunnalle suunnatut koulutukset toteutettiin kehitettyjä infektioiden torjuntaohjeita mukaillen. Kehittämistyön tulosten perusteella todettiin, että infektioiden torjuntatyössä tulee kerätä vain niitä tietoja, joiden arvellaan olevan merkityksellisiä kotihoitotyön toiminnan kehittämistä ajatellen. Saatujen tietojen perusteella hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaa on kehitettävä vastaamaan paremmin käytännön työn tarvetta. (McCoy - Via Browning. 2014: 167-171.) Tämä on huomioitava havainto, koska Suomessa kotihoitotyössä ei hoitoon liittyviä infektioita seurata samalla tavalla kuin sairaaloissa, joissa seuranta toteutetaan SIRO-ohjelmalla. SIRO on sairaalainfektioiden seuranta varten, vuoden 1997 lopulla Suomen Terveysministeriön (STM) ja silloisen Kansanterveyslaitoksen (KTM) rahoittamana, kehitetty valtakunnallinen seurantaohjelma (Anttila ym. 2010: 103). Sairaalainfektio rinnastetaan tässä yhteydessä hoitoon liittyväksi infektioksi.

Australian Queenslandissa tutkittiin, kolmen eri sairaalan viidellä eri osastolla, sairaanhoitajien asenteita ja uskomuksia, jotka vaikuttavat heidän aseptiseen työskentelyynsä. Tutkimus toteutettiin ryhmähaastatteluina. Haastattelun avulla haluttiin selvittää, minkälainen merkitys olemassa olevalla WHO:n kansallisella, viisiportaisella käsihygieniohjeistuksella ja teoretisella on sairaanhoitajien ymmärrykseen hoitoon liittyvistä infektioista sekä käyttäytymiseen työympäristössään. Haastatteluissa nousi esille käsihygienian huolellisen toteuttamisen merkitys potilaiden ja hoitajien itsensä suojelemiseksi tartunnoilta. Käsihygienian noudattamisen esteiksi vastaajat mainitsivat kiireen ja iho-ongelmat. Vastaajat kokivat työtovereiden ja potilaiden myönteisen suhtautumisen kannustavan heitä hyvän käsihygienian noudattamisessa. Lääkärit sitä vastoin eivät pitäneet

käsihygieniää yhtä tärkeänä. Vastaajat toivat ilmi, että koulutuksella ja käsihygienian toteuttamiseen tarkoitettujen tuotteiden helpolla saatavuudella ja esillä olemisella edistetään käsihygienian toteuttamista ohjeiden mukaisesti. Johtopäätöksenä todettiin, että vastaajien henkilökohtaiset uskomukset ja opittu teorian tieto vaikuttavat hoitajien käsihygienian noudattamiseen. Tutkijat päättelivät, että paremmat vaikutusmahdollisuudet oman työn sisältöön ja jaettu vastuu tehdystä työstä kannustaisi työntekijöitä toimimaan yhteisten ohjeiden mukaisesti. (White ym. 2015.)

Terveystieteiden työntekijöiden puutteellinen käsihygienian noudattaminen on merkittävin syy hoitoon liittyvän infektion synnyssä. Yhdysvalloissa kehitettiin ohjelma, joka oli suunniteltu koulutustarkoitukseen erään suuren sairaalan teho-osaston henkilökunnalle. Koulutusohjelman tarkoituksena oli parantaa hoitajien tietämystä käsihygieniasta ja hoitoon liittyvien infektioiden vaikutuksesta käytännössä. Hoitajat vastasivat 20 aihetta koskevaan, atk-pohjaiseen kysymykseen ennen ja jälkeen koulutuksen. Ensimmäisen vastaukskerran jälkeen vastaajille näytettiin aihetta käsittelevä kymmenen minuutin pituinen video sekä PowerPoint-esitys. Vastaajat vastasivat satunnaisessa järjestyksessä esitettyihin kysymyksiin. Vastaajan tuli vastata oikein 18 kysymykseen läpäistäkseen ohjelman. Vastaajia oli yhteensä 244 teho-osastolla tuona aikana työskennellyttä työntekijää. Vastaajista 80 oli lääkäreitä, 88 sairaanhoitajia ja 76 neljännen vuoden lääketieteen opiskelijoita. Erityisesti lääketieteen opiskelijat ja lääkärit paransivat tuloksiaan jälkimmäisellä vastaukskerralla. Ennen koulutusta 22 prosenttia edellä mainituista vastaajista läpäisi testin 18/20 pisteellä. Koulutuksen jälkeen mitattuna 48 prosenttia vastaajista läpäisi testin vähintään 18 pisteellä. Ohjelman ensisijaisena tavoitteena oli lisätä vastaajien tietämystä hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyydestä sekä käsihygienian toteuttamisen myönteisistä vaikutuksista hoitoon. Johtopäätöksenä tutkijat totesivatkin, että koulutusmuotojen kehittäminen ja koulutuksen lisääminen määrääjoin toteutuvaksi vaikuttavat suotuisasti hoitajien tietoihin ja taitoihin käsihygieniasta ja hoitoon liittyvistä infektioista sekä niiden aiheuttamista haitoista. (Fitzpatrick ym. 2011.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) julkaisema tutkimus paljastaa, että sairaanhoitajat noudattavat paremmin käsihygieniaohteita kuin lääkärit. Tutkimus julkaistiin The Lancet Infectious Diseases-lehdessä, jossa selvitettiin koulutuksen vaikutusta käytännön toimintaan, osana WHO:n käsihygieniaohtelmaa. Tutkimus kattoi viiden eri maan (Mali Afrikka, Costa Rica, Italia, Pakistan ja Saudi-Arabia) 43 sairaalaa. Tutkimustulokset osoittivat, että koulutuksella saatiin merkittäviä parannuksia terveydenhuollon työntekijöiden käsi-

hygieniaohteiden noudattamiseen. Tutkijat havaitsivat, että 71 prosenttia sairaanhoitajista noudatti käsihygieniaohteita ennen toimenpidettä, kun taas lääkäreistä käsihygieniaohteita noudatti vain 60 prosenttia. Puutteellisista toimintatavoista huomauttamisen jälkeen sairaanhoitajat noudattivat edelleen lääkäreitä huolellisemmin käsihygieniaohteita kaikissa muissa maissa paitsi Afrikassa. WHO:n antamien tietojen mukaan puutteellinen käsihygienia aiheuttaa miljoonia infektoita vuosittain, mitkä johtavat satojentuhansien ihmisten kuolemaan. Kahden vuoden seuranta-ajan jälkeen on kaikilta tutkimukseen osallistuvilta tahoilta raportoitu toimista, joilla käsihygienian toteutumista on yritetty parantaa. Tutkimuksen lopuksi todettiin, että alkoholipitoisella käsihyyhteellä, osana desinfektiohierontaa, on merkittävä rooli käsihygienian parantumisessa. (WHO 2013)

### 3 Tutkimusympäristö

Opinnäytetyön haastattelututkimus toteutettiin Helsingin sosiaali- ja terveystoimen (SOTE), Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden (SKH), alle sijoittuvissa kotihoitoyksiköissä.

#### 3.1 Kotihoito

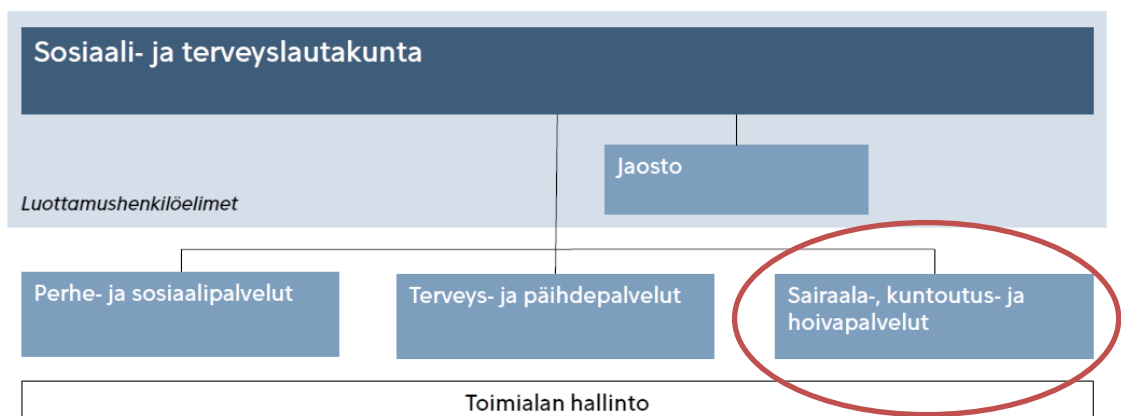
Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuoltolain tarjoama lakisääteinen kokonaisuus, joka kattaa kotipalvelujen, saatavilla olevien tukipalvelujen sekä kotisairaanhoidon tarjoamat palvelut. Kotihoidon tehtävänä on turvata ja järjestää hoito ja palvelut niin, että vanhus-ten, pitkäaikaissairaiden ja yli 18-vuotiaiden vammaisten, toipilaiden sekä pitkäaikaissairaiden on turvallista ja mahdollista elää kotona myös toimintakyvyn heikennyttyä. Kotihoito huolehtii hoivasta ja sairaanhoidollisista toimenpiteistä, lääkkeistä ja perushoidosta. Kotihoidon järjestämänä asiakkaalla on mahdollisuus saada tukipalveluina aterial- ja kauppapalveluja, turvapuhelimen ja apuvälineitä. Nämä palvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen, ja ne voivat olla joko kunnan tuottamia tai kunnan yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta ostopalveluina hankittuja. Asiakas voi myös hankkia kotihoitopalveluja omalla kustannuksellaan suoraan yksityiseltä palveluntuottajalta. (Terveys- ja terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 8 a; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystoimista 980/2012 § 7; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3.)

Kotihoidon johtamisstrategiat pohjautuvat sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistietoon. Palvelut suunnitellaan tukemaan asiakkaiden elämäntilannetta, kotona selviytymistä sekä elämänlaatua. Asiakslähtöisen hoidon suunnittelun tulisi varmistaa, että palveluita kehitetään ja suunnitellaan asiakkaan tarpeet huomioiden. Kotihoidon henkilöstön motivoiminen asiakslähtöisiin toimintatapoihin pohjautuu johdon esille tuomasta tahdosta suunnitella hoitoa asiakslähtöisesti. Kotihoidon esimiehiltä edellytetään johtamista, joka perustuu organisaation toimintasuunnitelmiin. Johtamisella on merkittävä vaikutus osaamiseen, työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin ja sitä kautta viihtyvyyteen. Edellä mainitut seikat vaikuttavat merkittävästi työn laatuun ja vaikuttavuuteen. Laadukas esimiestyö tehostaa työtä ja ylläpitää työhyvinvointia. (Ikonen 2013: 36-37.)

### 3.2 Sosiaali- ja terveystoimen organisaatio

Sosiaali- ja terveystoimiala (SOTE) muodostuu neljästä palvelukokonaisuudesta. Kotihoito sijoittuu kokonaisuuteen Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut. Palvelujen toimintaa ohjaa Sosiaali- ja terveyslautakunta (kuvio 1).

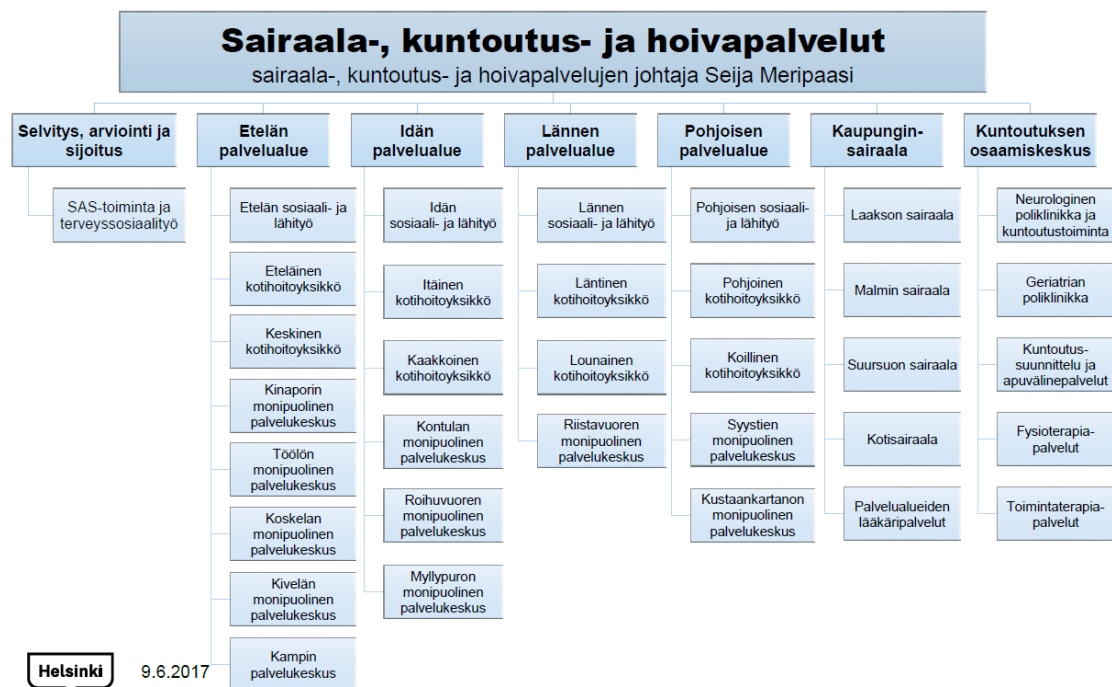
## Sosiaali- ja terveystoimiala



Kuvio 1. Sosiaali- ja terveystoimiala 2017

Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluja johtaa palvelukokonaisuuden johtaja. Sairaala-kuntoutus- ja hoivapalvelut jakautuvat neljään palvelualueeseen. Palvelualueetta johtaa

palvelualuejohtaja, joka toimii esimiehenä kotihoitopäälliköille. Kotihoitopäälliköt puolestaan toimivat omien alueidensa kotihoidon ohjaajien esimiehinä.



Kuvio 2. SKH-palveluiden organisaatiokaavio (Helsinki 2017).

Kaupunginjohtajan ja apulaiskaupunginjohtajien tehtävänä on johtaa, valvoa ja kehittää oman toimialansa kaupungin hallintoa. He ovat myös vastuussa siitä, että poliittisten päättäjien asettamat tavoitteet tulee saavutetuiksi.

### 3.3 Helsingin kaupungin kotihoidon organisaatio

Etelän, Idän, Lännen ja Pohjoisen palvelualueet (kuvio 2) pitävät sisällään eri alueiden kotihoitoyksiköt, joita on yhteensä kahdeksan eri yksikköä ja niitä johtaa kotihoitopäällikkö. Jokainen kotihoitoyksikkö koostuu lähipalvelualueista, joita on koko Helsingin kaupungin tasolla tällä hetkellä yhteensä 74. Lähipalvelualueen esimiehenä toimii kotihoidon ohjaaja, joka toimii kotihoitopäällikön alaisuudessa esimiehenä lähipalvelualueen työntekijöille. Kotihoidon ohjaaja työskentelee keskimäärin 20 hoitotyöntekijän lähiesimiehenä. Kotihoidossa jokaisella lähipalvelualueella on yksi hygieniayhdyshenkilö ja hänelle on nimetty yksi varahenkilö.



## 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon lähiesimiesten näkemyksiä siitä, miten he tukevat työntekijöiden hygieniasaamista. Lisäksi kysyttiin, miten kotihoidon lähiesimiesten hygieniatyötä tulee vastaajien mielestä kehittää. Tavoitteena on kotihoidon hygieniatyön kehittäminen. Tulokset antavat kotihoidon työntekijöille tietoa hygieniatyöstä infektioiden torjunnan näkökulmasta.

Tutkimuskysymyksinä olivat:

1. Miten kotihoidon lähiesimiehet tukevat työntekijöiden hygieniasaamista?
2. Miten kotihoidon lähiesimiesten hygieniatyön tukea voidaan kehittää?

## 5 Menetelmät

### 5.1 Aineiston keruumenetelmä

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana pidetään Aristoteelista tieteen traditiota, jossa aineisto voi olla sanallista. Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jolla pyritään kertomaan tutkittavasta aiheesta mahdollisimman tarkasti. Tällä menetelmällä tutkittaessa pyritään ymmärtämään tutkittavan aiheen merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen aineisto kerätään haastattelemalla tai havainnoimalla. Tutkimusaineistosta pyritään erittelemään keskeisiä aiheita eli teemoja. Teemojen muodostamisen avulla ryhmitellään tuloksia niiden tarkempaa käsittelyä varten. (Strauss - Corbin. 1998: 41, 43; Burns - Grove. 2009: 78.)

Laadullisen tutkimuksen toteuttaminen on monivaiheinen prosessi. Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu käytettäväksi silloin, kun aiheesta ei ole aiempaa tutkimustietoa tai jos halutaan ymmärtää jotakin ilmiötä. Ilmiöiden ymmärtämisessä hyödynnetään informanttien eli tiedonantajien omia kuvauksia tilanteista. Laadullisen tutkimuksen yhtenä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samankaltaisuuksia tai eroavuuksia. (Kankunen - Vehviläinen-Julkunen. 2015: 66; Burns - Grove. 2009: 78.) Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä sekä havainnointi että haastattelu ovat yleisimmin käytettyjä aineistonkeruumenetelmiä. Näiden menetelmien käyttö edellyttää sitä, että tutkijalla on tutkittavien kanssa yhteinen kieli. (Kananen. 2014: 71.) Koska tavoitteena oli

työntekijöiden näkemyksiin perustuvan tiedon kartoittaminen, käytettiin tiedonkeruun menetelmänä haastatteluja. Haastatteluja voidaan luokitella eri kriteereiden mukaan. Haastattelumenetelmiä luokitellaan osallistujien määrän tai strukturoinnin mukaan. Haastattelumuodoksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu.

Teemahaastattelu on strukturoidun eli tarkasti jäsenneellyn ja avoimen haastattelun väli-muoto. Tutkimuskysymysten selkeä raja-antaa suuntaviivat haastattelulle. Teemahaastattelussa aihe on valmiina, mutta kysymyksiä ei ole ennalta tarkasti laadittu. Tämä haastattelumuoto antaa vastaajalle tilaa kuvailla omaa näkemystään asiasta. Kysymysten järjestys tai muoto voivat muuttua haastattelun edetessä. Teemahaastattelua ohjaavat tutkimuskysymykset, joihin haetaan vastauksia haastattelun avulla. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen. 2015: 125-126; Hirsjärvi - Remes - Sajavaara. 2009: 208.) Teemahaastattelulla tarkoitetaan kahden ihmisen välistä keskustelua, joka rakentuu teoriasta nousevien aiheiden eli teemojen sekä tutkijan muodostaman ennakkokäsityksen tai ilmiön ympärille. Keskustelussa edetään haastateltavan ehdoilla. Keskustelemalla tutkija pyrkii ymmärtämään ilmiötä paremmin. (Hirsjärvi - Hurme 2009: 48.) Teemahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, koska vastaajat kertoivat nykyisestä työstään. Aiheen ajateltiin olevan vastaajille niin henkilökohtainen, ettei siitä keskusteleminen esimerkiksi ryhmässä olisi välttämättä ollut mielekäästä. Tämän menetelmän tuottamassa aineistossa korostuvat vastaajien omat tulkinnat kuvatuista asioista. (Hirsjärvi - Hurme. 2009: 34-35; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen. 2015: 122 - 124; Kananen. 2014: 70.)

Haastattelututkimuksessa haastateltavien lopullinen määrä riippuu siitä, milloin saturaatiopiste saavutetaan. Saturaatiopisteen saavuttamisella tarkoitetaan sitä, että haastatteluja jatkamalla ei saavuteta enää uutta tietoa. Haastatteluja tulee jatkaa niin kauan, että tutkija on jo saanut riittävästi tietoa tutkimastaan ilmiöstä, eikä uutta tietoa enää saada. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen. 2015: 110; Hirsjärvi - Remes - Sajavaara. 2009: 182.)

## 5.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyötä varten haastateltiin kotihoidon lähiesimiehiä eli kotihoidon ohjaajia. Tätä opinnäytetyötä varten lähetettiin haastattelupyyntö kaikille Helsingin kaupungin kotihoidon ohjaajille mahdollisimman kattavan joukon saamiseksi edustamaan tutkittavaa joukkoa. Yhtenä tärkeänä valintaperusteena pidettiin sitä, että osallistujilla on mahdollisim-

man paljon tietoa ja käytännön kokemusta tutkittavasta aiheesta. Kotihoidon ohjaaja toimii työntekijöiden esimiehenä ja hänellä on kokonaisvastuu kotihoidon palvelujen järjestämisestä asiakkaille heidän tarpeidensa mukaisesti. Kotihoidon ohjaaja toimii kotihoidon asiakastyön ja osaamisen johtajana.

Kaikille 74 kotihoidon ohjaajalle lähetettiin sähköpostitse pyyntö haastatteluun osallistumiseksi. Ensimmäiseen pyyntöön ei saatu yhtään vastausta. Ensimmäisen ja toisen muistutuksen yhteydessä saatiin sovituksi yksi haastattelu. Sähköpostitse ryhmäjakeilla lähetettyihin osallistumispyyntöihin ei saatu riittävästi vastauksia. Tämän vuoksi haastateltavien etsimistä jatkettiin soittamalla potentiaalisille osallistujille sekä laittamalla sähköpostiviestiä yksittäisille työntekijöille. Tämän seurauksena saatiin sovittua kuusi haastattelua lisää. Haastateltavat valikoituvat ensisijaisesti vapaaehtoisuutensa perusteella mukaan kartoitukseen. Kaikille kotihoidon lähiesimiehille tarjottiin mahdollisuutta osallistua.

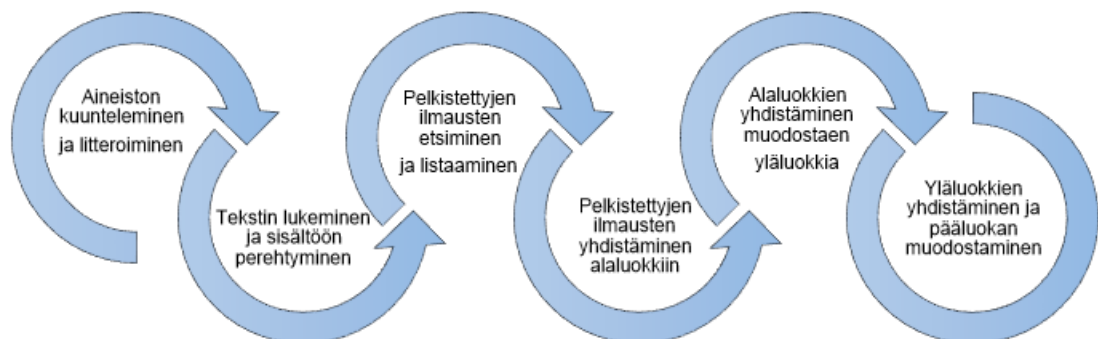
Toimin itse haastattelijana ja teemahaastatteluja varten sovittiin rauhallinen tila haastateltavan työyksiköstä. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia, yhtä haastattelua lukuun ottamatta. Tämän yhden haastattelun aikana haastattelutilan oveen koputettiin muuttamaan otteeseen. Haastateltava kävi avaamassa oven joka kerta, jonka vuoksi keskittyminen hieman häiriintyi. Häiriöiden jälkeen ajatukset saatiin kuitenkin varsin nopeasti takaisin haastatteluaiheeseen, eikä välikohtauksista aiheutunut haastattelulle sen suurempaa haittaa. Haastatteluajoja sovittaessa jokaista haastateltavaa pyydettiin varaamaan tapaamiselle reilu tunti aikaa. Haastatteluun varattua aikaa ei ylitetty kertaakaan. Kertokseen mahdollisimman avoimesti ja tarkasti kokemuksistaan, haastateltavat saivat käyttää vastaamiseen haluamansa ajan. Tarvittaessa haastattelija esitti tarkentavia kysymyksiä. Tutkimusta varten haastattelin kaikkiaan seitsemää ( $n = 7$ ) henkilöä potentiaalisesta 74 henkilöstä. Vastaajista valtaosa oli yli 45-vuotiaita ja he olivat työskennelleet nykyisessä toimessa 1-5 vuotta tai kauemmin. Pohjakoulutukseltaan vastaajissa oli sekä sosiaali- että terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneita henkilöitä.

Haastatteluissa keskityin kartoittamaan esimiesten näkemyksiä siitä miten he tukevat työntekijöidensä hygieniasaamista, sekä miten lähiesimiesten hygieniatyön tukea voidaan kehittää. Haastattelut tallennettiin ääninauhurilla ja äänitetty aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin tekstiksi. Haastatteluista kertyi yhteensä vajaa viisi tuntia eli noin 78 sivua auki kirjoitettua materiaalia. Aineiston analyysin jälkeen tallenteet sekä litteroitu eli auki, tekstiksi kirjoitettu aineisto hävitettiin. Ennen jokaista haastattelua haastattelija alusti aihetta

perustelemalla työn näkökulman, aineiston keruumenetelmän sekä työn tarkoituksen ja tavoitteen. Lisäksi kerrottiin haastattelun teemat ja allekirjoitettiin kirjallinen sopimus. Haastateltavalle näytettiin kartoituksen tekemistä varten laadittu tutkimussuunnitelma sekä saatu lupa tutkimuksen tekemiselle. Haastattelun alustuksessa vastaajille kerrottiin, ettei henkilötietoja julkaista tutkimuksen missään vaiheessa. Haastateltavilla oli tapaa-  
misen yhteydessä mahdollisuus kysyä tarkennuksia tutkimukseen liittyen. Aiheeseen pa-  
laaminen jälkikäteen oli myös mahdollista.

### 5.3 Haastatteluaineiston analysointi

Sisällönanalyysiä on suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa käytetty paljon. Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen ja Kanste (2011) tutkivat sisällönanalyysin käyttöä suomalaisissa hoitotieteen tutkimuksissa. Tutkimusaineisto kerättiin vuosien 1989-2009 vä-  
lisenä aikana Hoitotiede-lehdessä julkaistuista artikkeleista. Aineistosta valittiin tutkimus-  
aineistoksi kaikki artikkelit (n = 156), joissa analyysimenetelmänä oli käytetty sisäl-  
lönanalyysiä tai -erittelyä. Yli puolessa (61 %) laadullisista tutkimuksista käytettiin sisäl-  
lönanalyysiä. Sisällönanalyysiä käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä ja usein aineis-  
tonkeruu tapahtuu haastattelujen avulla. Induktiivisessa analyysissä tutkija etenee ai-  
neiston ehdoilla. Aineistoa työstetään ja pelkistämisen seurauksena syntyy käsitteitä,  
joita yhdistelemällä muodostetaan alaluokkia. Alaluokkia yhdistelemällä muotoutuvat  
yläluokat, jotka puolestaan muodostavat pääluokan. Luotettavuuden lisäämiseksi tutki-  
jan on pystyttävä raportissa esittämään aineiston ja tulosten välistä yhteyttä. (Kyngäs -  
Elo - Pölkki - Kääriäinen - Kanste. 2011: 138-148.)



Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Haastattelut tallennettiin aineiston käsittelyä varten. Äänitallenteiden avulla tutkija varmistuu siitä, että kaikki haastattelussa puhutut asiat jäävät muistiin. Haastattelujen tallentaminen ääninauhurilla sujuvoittaa haastattelun etenemistä ja tekee kanssakäymisestä luonnollisen. Haastattelujen nauhoittaminen säilyttää puhutut asiat alkuperäisessä ja luotettavassa muodossa ja helpottaa analyysivaihetta. (Hirsjärvi - Hurme 2009: 92).

Induktiivista sisällönanalyysia käytetään silloin, kun aiheesta ei ole aikaisempaa tutkittua tietoa. Deduktiivinen sisällönanalyysi ei tässä tutkimuksessa ollut sopiva menetelmä, koska aikaisempaa tutkimustietoa tai teoriaa ei aiheesta ollut. Induktiivinen sisällönanalyysi etenee siten, että ensin kirjoitetaan auki eli litteroidaan koko aineisto, joka tässä tapauksessa tarkoittaa nauhoitettujen haastattelujen kirjoittamista paperille sanasta saan. Sivun marginaaliin tehdään muistiinpanoja aineiston kannalta tärkeistä huomioista. Kun aineisto on kirjoitettu auki, abstrahoidaan eli käsitteellistetään ilmaiset yksinkertaisempaan muotoon sivun marginaalimerkintöjä apuna käyttäen. Tämän jälkeen aineisto luokitellaan ja teemoitetaan sisällön mukaan. Kyseessä on laadullisen aineiston jaottelusta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan. Muodostuneet ryhmät nimetään sisällöstä nousevilla aiheilla eli teemoilla. Kun aineiston keruu tapahtuu teemahaastattelulla, on aineiston pilkkominen suhteellisen helppoa. (Elo - Kyngäs. 2008: 107-111; Tuomi - Sarajärvi. 2012: 93; Burns - Grove. 2009: 528.)

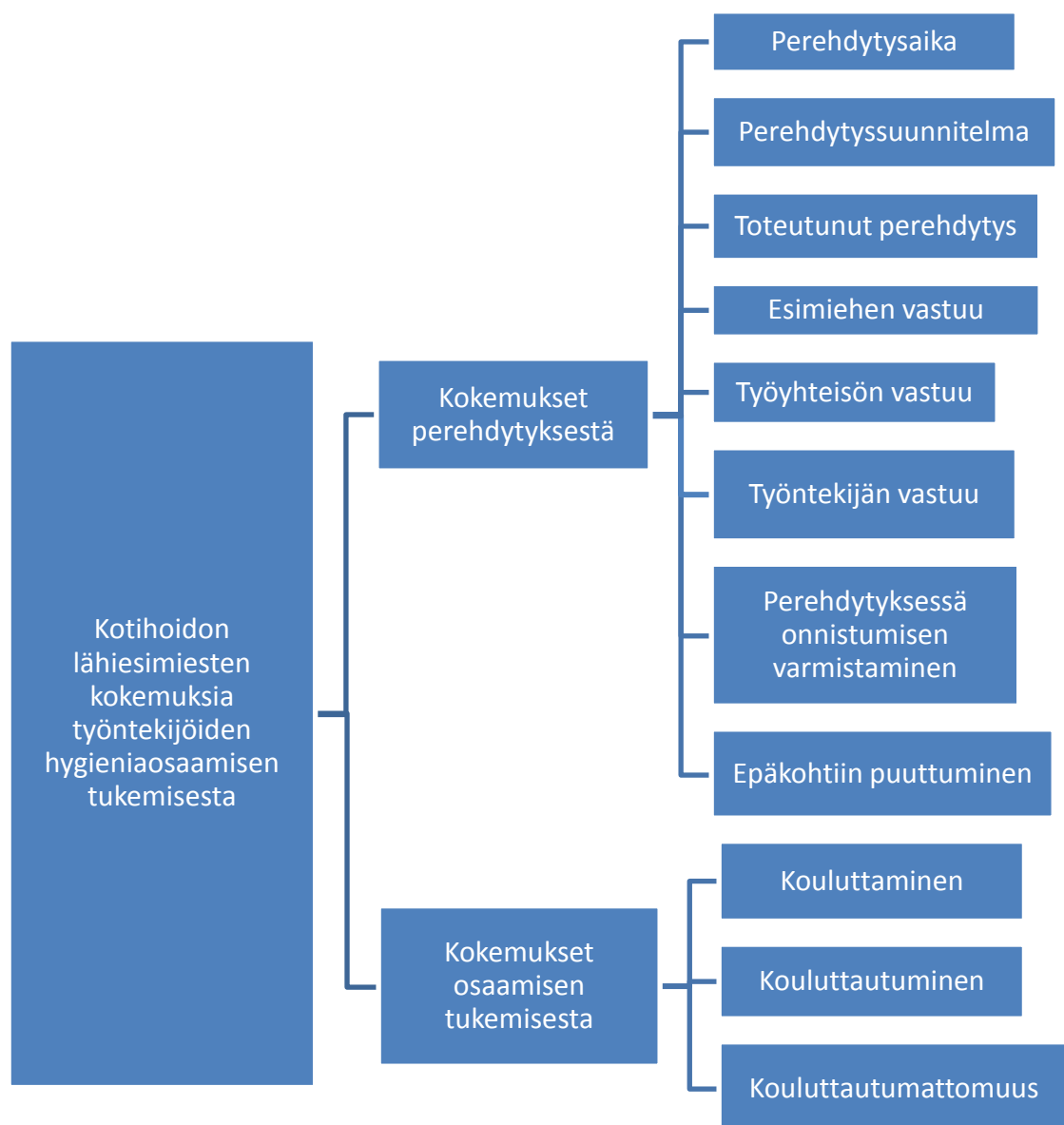
Analyysiyksikkönä voidaan käyttää yhtä sanaa, sanayhdistelmää, lausetta, lausumaa tai ajatuskokonaisuutta, kirjainta, sivujen määrää, pääotsikoiden kokoa ym. riippuen tutkimustehtävästä. Aineistosta etsitään pelkistettyjä ilmauksia ja samankaltaisuuksia esimerkiksi valikoivan koodauksen avulla. Aineisto koodataan eli merkitään symbolein tai värein nimettyjen asioiden mukaisesti. Tällöin koodaus tuottaa sisältöä eli pelkistettyjä ilmauksia etukäteen muodostetuille teemoille. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset yhdistellään eri alaluokiksi. Alaluokkien yhdistely tuottaa yläluokkia, joita yhdistämällä muodostuu aineiston kokoava pääluokka. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteiden yhdisteleminen tuottaa lopulta vastauksen tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi perustuu tutkijan tekemään aineiston tulkintaan ja päättelyyn. Sisällönanalyysiä tehdessään tutkija pyrkii koko analyysin ajan ymmärtämään tiedonantajia heidän näkökulmastaan. (Tuomi - Sarajärvi. 2012: 101-104, 112-113; Hirsjärvi - Hurme 2009: 147; Burns - Grove. 2009: 528.)

Laadullisen aineiston analyysi alkaa usein jo haastatteluvaiheessa. Sisällönanalyysin haasteellisuutta lisää se, ettei sen toteuttamiseen ole yhtä oikeaa tapaa. Tutkijan on itse tehtävä ratkaisut siitä, mikä analysointimenetelmä palvelee tutkimuskysymyksiä parhaiten. Lisäksi on huomioitava, että aineisto paljastaa usein mielenkiintoisia asioita. Tutkijan on valittava aineistosta jokin tarkkaan rajattu osio, josta hän kertoo kaiken, mitä tutkimusaineiston valossa on mahdollista. Tutkijan on usein palattava alkuperäisen aineiston pariin yhä uudelleen ymmärtääkseen alkuperäisten ilmaisujen merkityksiä ja löytääkseen juuri sen, mistä tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma ovat kysymyksiä, joihin aineistosta etsitään vastauksia. Aineiston raportin ja tulosten kuvaaminen ja auki kirjoittaminen on usein haasteellista, koska litteroitua haastattelumateriaalia voi olla useita kymmeniä sivuja. Aineiston analyysiprosessi tulee kuitenkin kuvata riittävän tarkasti, jotta lukijat saavat täyden käsityksen siitä, miten tuloksiin on päädytty. Aineisto on säilytettävä alkuperäisessä muodossa siten, että siitä saatavaa tietoa pystytään tarkastelemaan laajempänä kokonaisuutena. (Elo - Kyngäs. 2008: 113; Tuomi - Sarajärvi. 2012: 91-92; Hirsjärvi - Hurme. 2009: 135.)

Haastatteluaineiston analyysi aloitettiin litteroimalla eli kirjoittamalla auki kaikki haastattelutallenteet. Aineiston kokonaisuudeksi muodostui yhteensä 78 sivua A4-kokoiselle paperille (kirjainkoko 11, riviväli 1) kirjoitettua tekstiä. Litteroitua tekstiä luettiin useita kertoja ja samalla tehtiin muistiinpanoja tekstin marginaaleihin aineistosta nousseista merkityksellisistä tai samankaltaisista huomioista. Aineistosta etsittiin ajatuskokonaisuuksia, joiden perusteella alkuperäistekstiä redusoiitiin eli pelkistettiin. Ajatuskokonaisuudet merkittiin aineistoon käyttämällä värikoodausta. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä koodatusta alkuperäisaineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja samaa asiaa kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin alaluokiksi sekä nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla nimikkeellä. (Tuomi - Sarajärvi. 2009: 108-113.) Aineiston abstrahoinnilla eli käsitteellistämällä erotettiin ryhmitelystä aineistosta tutkimuksen kannalta merkityksellinen tieto. Syntyneiden ilmausten perusteella muodostettiin teoreettinen käsitteistö. Abstrahointia jatkettiin yhdistelemällä käsitteitä luokiksi. Käsitteiden yhdistelemisen seurauksena syntyneet ilmaukset ryhmiteltiin yhteensä 16 alaluokkaan ja haastatteluteemoista nousevaan neljään yläluokkaan (liite 3). (Tuomi - Sarajärvi. 2009: 108-113.)

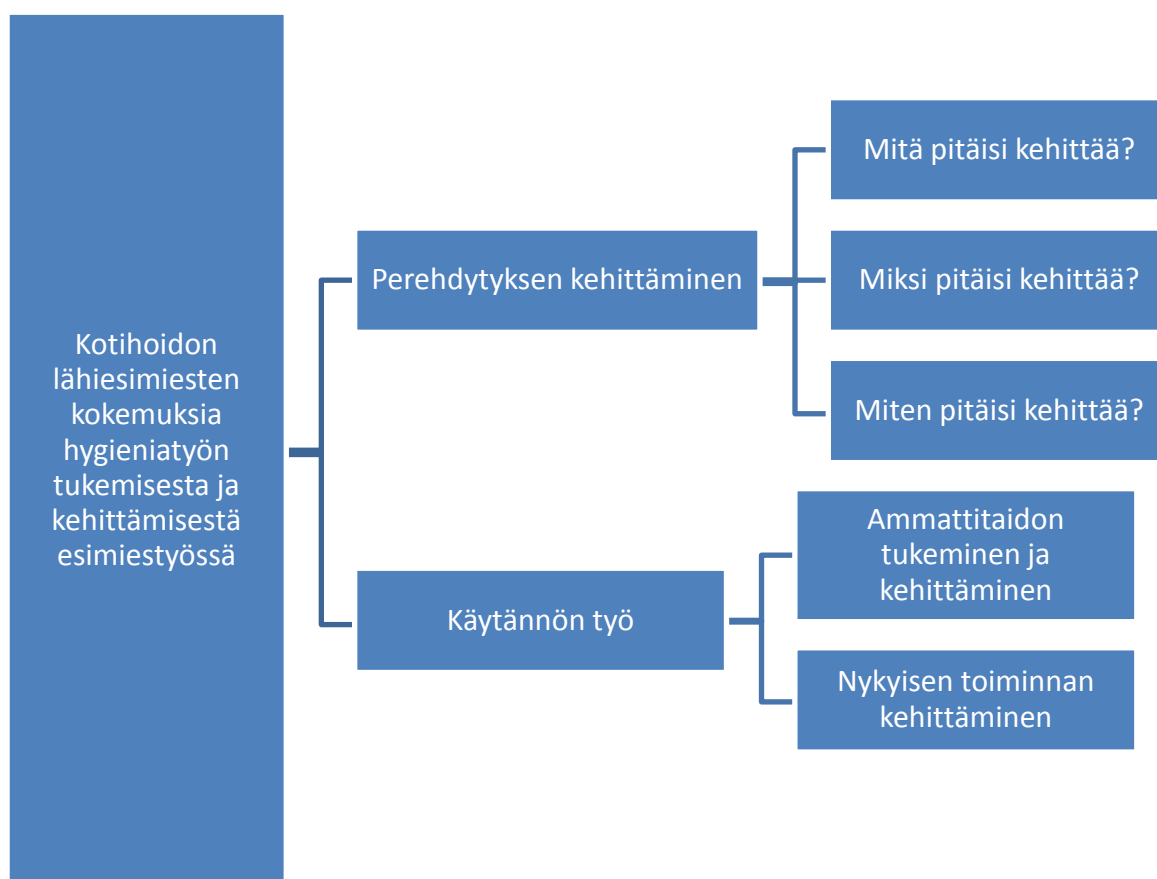
## 6 Tulokset

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen mukaisesti vastaajia pyydettiin kertomaan näkemyksiään siitä, miten he tukevat työntekijöiden hygieniaosaamista. Vastauksista muodostettiin 11 alaluokkaa: perehdytysaika, perehdytysuunnitelma, toteutunut perehdytys, esimiehen vastuu, työyhteisön vastuu, työntekijän vastuu, perehdytyksen onnistumisen varmistaminen, epäkohtiin puuttuminen, kouluttaminen, kouluttautuminen ja kouluttautumattomuus. Alaluokista muodostui kaksi yläluokkaa: kokemukset perehdytyksestä ja kokemukset osaamisen tukemisesta. Tulosten luokittelua ala- ja yläkategorioihin on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Tulosten luokittelu ala- ja yläkategorioihin

Toisessa tutkimuskysymyksessä kartoitettiin vastaajien kokemuksia kotihoidon hygieniatyön tukemisesta ja kehittämisestä. Aineistosta muodostui viisi alaluokkaa: mitä pitäisi kehittää, miksi pitäisi kehittää, miten pitäisi kehittää, ammattitaidon tukeminen ja kehittäminen sekä nykyisen toiminnan kehittäminen. Alaluokista muodostui kaksi yläluokkaa: perehdytyksen kehittäminen ja käytännön työ. Tutkimuskysymyksistä muodostuivat pääluokat syntyneille yläluokille. Tulosten luokittelua ala- ja yläkategorioihin on kuvattu kuviossa 5.



Kuvio 5. Tulosten luokittelu ala- ja yläkategorioihin

## 6.1 Perehdytys

Vastaajien kuvaukset **perehdytysajan** pituudesta vaihtelivat suuresti, vaihteluvälin ollessa kolmesta päivästä kahteen viikkoon. Esimiehet vastaanottavat uuden työntekijän



ja mahdollisesti jo haastatteluvaiheessa aloitetaan perehdytettävien asioiden läpi käyminen. Valtaosa vastaajista kertoi lähinnä henkilöstöasioiden olevan niitä, joita esimies käy työntekijän kanssa tarkemmin läpi.

*"Mä käyn jo haastatteluvaiheessa läpi semmoiset karkeat, et ne koruasiat ja sen käsidesin käytön. Näytän ne intrat niille, mistä ne voi käydä hakemassa sitä tietoa."*

*"Mä käyn esimiehenä enemmän läpi henkilöstöasioita."*

*"Mun rooli on selittää ja näyttää, mistä suojavaatteet löytyvät."*

*"...jonkun verran käydään läpi sitä, mitä siellä käynnillä tapahtuu."*

*"Sellaiset kiellot kerron siinä ensimmäisessä tilanteessa, haastattelussa tai sitten kun aloittaa meillä työt."*

Varsinainen käytännön työhön tutustuminen toteutuu alueen lähihoitajien ja sairaanhoitajien opastuksella yhteisvastuullisesti.

*"Kyllä mä koen, että se perehtyminen jää, niin kun monet muutkin hoitotyön kysymykset, meidän sairaanhoitajalle."*

*"Yleensä kollega lähihoitaja, joka sitten perehdyttää..."*

Kotihoidon ohjaaja vastaa alueen lääkehoidon kokonaisosaamisesta. Alueen sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat seuraavat työntekijöiden lääkehoidon kokonaisosaamista ja vastaa osaltaan lähihoitajien ja perushoitajien sekä opiskelijoiden, kodinhoitajien ja kotiavustajien lääkehoidon perehdytyksestä sekä sovittujen sairaanhoidollisten toimenpiteiden osaamista todentavien näyttöjen vastaanottamisesta.

*"Perehdytyksessä, siinä tulee viikko lähihoitajan kanssa plus sitten ne näyttöpäivät sairaanhoitajan kanssa."*

Osa vastaajista käyttää perehdytyksen tukena perehdytyskorttia, mutta kaikilla ei ollut tietoa **perehdytys**suunnitelmasta.

*"Annan perehdytyskortin ja alustan sen läpikäymisen."*

*"Ei ole mitään perehdytys suunnitelmaa. Luotan varmaan liikaakin siihen ammattitaitoon, jota hoitajilla on."*

*"Ensin käydään teoria läpi, ja sitten lähdetään ottamaan näyttöjä."*

"Kotihoidon sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan perehdytysopas" on nimensä mukaisesti tarkoitettu sairaan- ja terveydenhoitajien perehdyttämiseen, mutta sen sisältöä voisi hyvin hyödyntää myös muiden ammattiryhmien edustajia perehdytettäessä. Hygieniasuus on kaikille työntekijöille sama, ammattiryhmästä riippumatta. Kotihoidon hygieniatyötä ohjaavat samat ohjeet, joita sairaalan työntekijätkin noudattavat. Kotihoidon hoitotyön hygieni- ja aseptiikka- sekä hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaohjeet ovat yhteneväiset Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ohjeiden kanssa.

Kaikkien uusien työntekijöiden kohdalla on tarkoituksenmukaista täyttää perehdytyskortti, jonka avulla turvataan perehdytyksen onnistuminen. Kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajille on eri perehdytyskortti kuin muille ammattiryhmille. Muiden ammattiryhmien, esimerkiksi lähihoitajien, perehtymistä ohjaa esimiehille suunnattu perehdytyksen tarkistuslista. Tähän tarkistuslistaan on kerätty kaikki työn kannalta tärkeät asiat, joiden läpi käyminen on merkityksellistä perehdytyksen onnistumiseksi ja uuden työntekijän työhön orientoitumisen sujumiseksi. Perehdytyksen tarkistuslistan mukaisesti perehdytys katsotaan päättyneeksi viimeistään neljän kuukauden kuluttua työn aloittamisesta, jolloin esimies keskustelee työntekijän kanssa mm. perehdytyksen onnistumisesta ja jatkokoulutustarpeista. Perehdytyskortissa ei kuitenkaan ole erikseen huomioitu hoitotyön hygieniasuutta. Perusolettamuksena lienee se, että työhön otettavat työntekijät hallitsevat pohjakoulutuksensa kautta hoitotyön kannalta merkitykselliset, aseptisen toiminnan ja hoitotyön hygienian toimintatavat. Huomioitavaa on, että vaikka ohjeet ovat samat niin kotihoitotyössä kuin sairaalassakin, on toimintaympäristö kuitenkin eri. Tämän vuoksi kotihoidossa on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että aseptinen työskentely toteutuu haastavissakin työskentely-ympäristöissä.

**Toteutunut perehdytys** vaikutti vaihtelevan osittain sen mukaan, oliko perehdytyskortti käytössä tai tiedettiinkö perehdytys suunnitelmasta. Toisaalta syntyi vaikutelma, että vaikka perehdytys suunnitelma oli tiedossa tai perehdytyskortti käytössä, koettiin perehdyttäminen hoitotyön hygieniaan ja aseptiikkaan liittyen olemattomaksi tai erittäin vähäiseksi. Lisäksi perehdytyksen sisältöön tuntui osaltaan vaikuttavan myös se, kuka perehdytystä antoi.

*"Siinä on niin paljon asioita, et erikseen, niin kun otettaisiin esille hygieniaosaamista, se on kyllä aika harvinaista."*

*"Perehdyttäminen vaikka hygieniaosaamisen kohdalta niin mä koen, että se on aika niukka..."*

*"Meidän perehdyttäminen on puutteellista, että se on liian lyhyt... että sillä uudella työntekijällä olisi mahdollisuus ottaa aikaa ja tutustua kirjalliseen materiaaliin työpäivän päättyessä... tai keskustella kollegoiden kanssa."*

*"Käytännössä perehdyttäminen ei onnistu."*

*"Perehdytykseen on liian vähän aikaa ja se on surullista."*

*"Siinä perehdytetään sitten, mutta riippuu nyt sitten että minkälainen työntekijä siinä on perehdyttämässä."*

Palaute perehdyttäjiltä on ollut jokseenkin ristiriitaista, jolloin toiminnan kehittäminen on osoittautunut haasteelliseksi. Tähän saattaa yhtenä vaikuttavana tekijänä se, että perehdytysuunnitelma ei ole kaikilla tiedossa. On alueita, joilla perehdyttäjä tukeutuu vahvasti perehdytysuunnitelmaan, ja on alueita, joilla perehdytystä annetaan työssä eteen tulevien tilanteiden varjolla, eikä toimintaa toteuteta niin suunnitelmallisesti. Lisäksi perehdytyksen sisältöön vaikuttaa perehtyjän aiempi kokemus kotihoitotyöstä, perehdyttäjän motivaatio ja oma osaaminen sekä perehdyttämiseen sekä perehdytykseen annettu aika.

*"Perehdyttäjiltä on tullut palautetta, et on tosi helppoa löytää ne jutut, mitä pitää käydä läpi."*

*"Hoitaja, joka on paljon perehdyttänyt, sanoi että hygienia. Se on ensimmäinen, johon hirveen usein pitää puuttua."*

*"Kun hektinen arki painaa päälle ja puhelimet soivat, niin siinä vaiheessa asioissa oiotaan liikaa..."*

*"... se on se työntekijä, joka sitä uutta työntekijää perehdyttää, niin hän omalla toiminnallaan kertoo, mitä meidän käytännöt ovat."*

*"...käytiin keskustelua, ja mun näkemys on se, että tämä toimii meillä aika hyvin."*

Perehdytys ei koskaan saisi olla yhden **työntekijän vastuulla**. Kotihoitotyö poikkeaa melkoisesti sairaalassa toteutetusta hoitotyöstä, jolloin työssä oppiminen voi kestää pidempään. Oppimiseen vaikuttavat työn tekemiseen annettu aika sekä työntekijän valmiudet toimia, ja soveltaa teorian tietoa käytäntöön. Kokonaistilanteen hahmottamiseen menee kokeneeltakin työntekijältä useita viikkoja. Kotihoidossa asiakkaat ovat usein moniongelmaisia ja tarvitsevat asioidensa hoitamiseksi ammattitaitoisia ja moniammatillista osaamista. Kotihoito auttaa asiakasta terveydenhoidollisten ja sairaanhoidollisten toimien lisäksi ihmistä selviytymään kokonaisvaltaisesti arkielämässään, joka käsittää avun antamisen myös taloudellisten ja sosiaalisten ongelmien edessä. Vastuu perehdytystoiminnasta koettiin kuitenkin loppupelissä olevan usein perehtyjällä itsellään.

*"Jokainen vastaa omasta työstään ja siitä, et miten käynnin hoitaa. Jokainen vastaa siitä, miten hygieenisesti toimii asiakkaiden kotona. Sitähän ei kukaan pysty valvomaan silloin, kun hoitaja on yksin käynnillä."*

*"Mä velvoitan työntekijää itseään aktivoitumaan, tämä työ on sellaista, että se vaatii sitä oma-aloitteellisuutta paljon."*

*"Vastuu on mun mielestä työntekijällä itsellään, ottaa asioista selvää."*

*"Ei ymmärretä syy-seuraussuhteita. Ja se liittyy pitkälti siihen toimintaympäristöön, et täällä unohtuu kaikki sellaiset hygieniaoasaamiset. Sehän tekee varkaaksi kun kukaan ei näe. Ajatellaan, että onko sillä nyt niin väliä jos tässä samoilla hanskoilla vetäistään vessakäynnit, ruoanlaitot ja lääkkeit."*

*"Jos työntekijä kokee, että omalla tekemisellä ei ole suoranasta tai välitöntä vaikutusta asiakkaan vointiin, niin silloin helpommin lipsutaan esimerkiksi suojaamien käytöstä."*

Mikä on **esimiehen vastuu**? Vastaajat kokivat vahvasti, että työntekijän koulutus sekä aiempi työkokemus luovat riittävän perustan kotihoidon hygieniatyöskentelylle. Vastuu -keskustelussa vastaajat olivat lähes yksimielisesti sitä mieltä, että vastuu työhön perehtymisessä on lopulta työntekijällä itsellään. Vastaajat eivät osanneet kuvata selkeästi omaa rooliaan perehdytystilanteissa. Onko kotihoidon ohjaajien vastuu esimiehinä tässä suhteessa hämärtynyt? Kotihoidon ohjaaja on esimiehenä vastuussa mm. asiakastyön sujuvuudesta sekä työn laadusta, hoitotyön laadun kehittämisestä, työn suunnittelusta sekä arvioinnista. Laadukas hoitotyö perustuu suurelta osalta aseptiikkaan, joka näkyy hoitajan toimintatavoissa.

*"Esimiehenä mä kysyn työntekijöiltä, että mitä kuuluu ja miten on lähtenyt menemään. Että onko joku osa-alue, mihin haluaisi enemmän paneutua."*

*"... mä puhun niiden kanssa muutaman kerran, kun siinä on niin paljon sitä asiaa."*

*"Hankalaa on se ajan löytäminen, kysellään kokemuksia ja mielipiteitä..."*

*"Jää vähän vähemmälle se systemaattinen perehdytyskeskustelu."*

Sujuvuutta arkityöhön saadaan perehdyttämällä uusi työntekijä uuteen työhön mahdollisimman hyvin ja varhaisessa vaiheessa. Uuden työntekijän perehdyttäminen toteutuu käytännössä yhteisvastuullisesti, jolloin koko **työyhteisön** on **vastuussa** toiminnasta. Lopullinen vastuu perehdytyksen toteuttamisesta sekä onnistumisen varmistamisesta on kuitenkin esimiehellä. Esimies arvioi työntekijöiden osaamistarpeet ja antaa siitä palautetta. Hän myös kannustaa oman osaamisen ja asiantuntemuksensa kehittämiseen.

Kotihoidossa ei vielä ole selkeästi ymmärretty hygieniayhdyshenkilön roolia. Tämän vuoksi hygieniayhdyshenkilön erityisosaamista ei ole hyödynnetty esimerkiksi perehdytettäessä uutta työntekijää hoitotyön hygieniaan ja aseptiseen työskentelyyn. Hygieniayhdyshenkilön on tarkoitus tehdä yhteistyötä hygieniahoitajan kanssa ja jakaa saamansa informaatio omalle työyhteisölle. Henkilö toimii oman työyhteisönsä tukihenkilönä ratkaistaessa arkityössä esiin tulevia ongelmatilanteita.

*"Meillä on hygieniavastaava. No, se ei kyllä ihan asettunut silleen, minkälainen pitäisi olla hygieniavastaavan rooli."*

*"Oma-aloitteellisesti ei tuo asioita meidän lähipalvelualuekokouksiin, en ole kuullut kertaakaan."*

*"Hankalaa on se ajan löytäminen, mutta pitäisi varmasti hyödyntää paljon enemmän siinä perehdytyksessä."*

*"Ehkä me voitaisiin tosiaan sitä hygieniayhdyshenkilön osaamistakin sitten hyödyntää."*

*"... on sille hygieniayhdyshenkilölle hankalaa, kun tavallaan on tiimin jäsen, mutta sitten toisaalta pitäisi olla semmoinen tsekki."*

Vastaajilta kysyttiin, kuinka he varmistavat sen, että perehdytyksessä on hoitotyön hygienian ja aseptisen toiminnan osalta onnistuttu. Toistaiseksi kotihoidon työntekijöitä ei vaadita suorittamaan hygieniapassia. Lääkehoidon toteuttamiseksi hoitajat tarvitsevat

lääkehoidon luvat, joiden saamiseksi he suorittavat lääkehoidon osaaminen verkossa-tentin (LOVe). Tenttiä ennen hoitaja käy läpi teoriaosuuden, jossa varsin kattavasti kuvataan toimintaa hygienian ja aseptisen toiminnan osalta. Sairaaloiden hygieniayhdys-henkilöt suorittavat infektioiden torjuntapassin, jonka tarkoituksena on varmistaa työntekijöiden osaaminen niin teorian kuin käytännönkin osalta. Passin saaminen edellyttää virheetöntä suoriutumista näytöistä.

Kotihoidolla ei toistaiseksi ole käytettävissä mitään erityistä menetelmää, jolla **perehdytyksessä onnistumisen varmistamisesta** huolehdittaisiin. Uuden työntekijän työskentelyä havainnoidaan ja häntä autetaan tarvittaessa. Työntekijät saattavat antaa myös palautetta esimiehelle, jolloin hänelle jää vastuu uuden työntekijän toimintaan puuttumisesta. Osittain alueiden sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kontrolloivat perehtymisen onnistumista näyttöjen vastaanottamisen yhteydessä.

*"Periaatteessa pelkästään havainnoimalla ja silleen, että tehdään joku yhteiskäynti, jolla huomataan, miten se uusi työntekijä toimii."*

*"Sairaanhoitaja varmistaa sen osaamisen ja sen tiedon, että kun kaikille kuitenkin annetaan jonkinlaiset luvat."*

*"Esimiehenä mä kysyn, että mitä kuuluu ja miten on lähtenyt menemään ja onko vielä joku osa-alue, mihin haluaisi sitten enemmän paneutua."*

*"Yleensä mä laitan tekstiviestiä ensimmäisen tai toisen työpäivän kuluessa, että mitä kuuluu ja miten menee."*

Työntekijät törmäävät työtä tehdessään erilaisiin työskentelytavoissa esiintyviin epäkohtiin, joihin tulee puuttua. **Epäkohtiin puuttuminen** ei aina ole helppoa ja onkin tarkkaan mietittävä, että tilanne on sellainen, ettei tule esimerkiksi nolanneeksi työkaveriaan. Virheellistä toimintaa voi pyytää perustelemaan ja palautetta on annettava rakentavasti, palautteen saajaa loukkaamatta. Viime kädessä on esimiehen velvollisuus ottaa asia esiin, joko työntekijän kanssa kahden kesken tai yleisellä tasolla koko työyhteisön kesken, esimerkiksi yhteisen kokouksen yhteydessä. Ongelman laajuus ja vakavuus vaikuttavat puuttumistapaan sekä siihen, miten nopealla aikataululla asia pitää ottaa käsitteilyyn. Epäkohtiin puuttuminen koetaan ajoittain hankalaksi ja ongelmalliseksi. Tämän lisäksi koetaan, että väärin toimintatapoihin rutinoituu nopeasti, jonka vuoksi toiminnan muuttaminen on vaikeaa.

*"Jos on jotain epäkohtia, missä huomataan, että on useammalla työntekijällä, niin niitä käsitellään lähipalvelualuekokouksissa ja muistutellaan, miten pitäisi toimia ja tehdä."*

*"Enemmän pitäisi olla sellaista kollegiaalisuutta, että pitäisi ohjata toista ja ottaa ohjaus vastaan."*

*"Täältä kauempaa on vaikea puuttua, kun ei näe."*

*"Osittain voi olla sellaista välinpitämättömyyttä, että hei en mä nyt ehdi. Se on semmoinen asia, mihin esimiehen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota."*

*"Jos ei ohjaaja huomaa, että oma-aloitteellisuus, niin kun puuttuu tietynlaisissa asioissa."*

*"Ihan tärkeimmäksi asiaksi sitä ei, niin kun missään nimessä nähdä. Ei osata ajatella ja ollaan, et onko sillä nyt niin väliä."*

*"Väärät tavat rutinoituvat helposti."*

Mikäli asiakkaan hoito ei toteudu suunnitellulla tavalla, tulee työntekijän raportoida tapahtuneesta haitasta tekemällä potilasturvallisuus-ilmoitus (HaiPro). HaiPro-järjestelmään ilmoitetaan asiakkaan turvallisuutta vaarantavat tapahtumat, jotka aiheuttavat tai voivat aiheuttaa haittaa asiakkaalle. Käytäntö on osoittanut, etteivät hoitajat koe esimerkiksi käsihuuhteen tai suojaimien käyttämättä jättämistä sellaisena hoidon laiminlyöntinä, että siitä tehtäisiin haittailmoitus. Yleisesti haittailmoituksia tehdään kotihoidossa, hygieniaan ja aseptiseen toimintaan liittyen, vain muutamia vuosittain. Ilmoitusten tekeminen koetaan työläänä, eikä siitä saatavaa hyötyä pidetä riittävänä kannustimena ilmoitusten tekemiselle. Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että valvonnalla on tärkeä rooli kotihoitotyön infektioiden torjunnassa julkisessa terveydenhuollossa. HaiPro-ilmoitukset ovat yksi keino kotihoidossa seurata hoidon laatua, koska varsinaista hoitoon liittyvien infektioiden seurantajärjestelmää (SIRO) ei ole kotihoidossa toistaiseksi käytettävissä.

Nykypäivän työskentelyssä vedotaan usein kiireeseen, mikä vuoksi joudutaan työskentelemään toimintaohjeistusten vastaisesti. Yhteisvastuullisuus aiheuttaa osittain myös sitä, ettei työntekijä ymmärrä sitä, että juuri hänen tulisi puuttua asiaan. Kotihoitotyö on tiimityötä, jota kuitenkin suurelta osin tehdään yksin. Tämä mahdollistaa sen, että työntekijä voi tekeytyä täysin tietämättömäksi virheellisesti toimiessaan tai havaitessaan jonkun toisen virheellisen toiminnan. On erittäin tärkeää osata toimia kannustavasti ja tukea antavasti. Hyvät ja luottamukselliset suhteet antavat mahdollisuuden toimia rehellisesti, ilman pelkoa rangaistuksesta tai nolatuksi tulemisesta.

## 6.2 Osaamisen tukemisesta

Hoitotyön hygienian ja aseptisen toiminnan näkökulmasta vastaajien kokemukset työntekijöiden osaamisen tukemisesta ilmenivät **kouluttamisena** ja kouluttautumisena. Myös kouluttautumattomuus nousi aiheesta keskusteltaessa esiin. Osaamista pyritään työnantajan näkökulmasta tukemaan riittävän koulutuksen antamisella sekä asioista yhdessä keskustelemalla. Asia ei kuitenkaan ole näin yksinkertainen. Vaikka monenlaista koulutusta onkin työntekijöille tarjolla, ei ole itsestään selvää, että työntekijä sitä saa. Koulutuksen saamiseen vaikuttaa työntekijän oma kiinnostus kouluttautumiseen. Koulutukseen pääsemiseksi asiasta neuvotellaan esimiehen kanssa, lisäksi arvioidaan koulutuksesta saatavaa hyötyä työyhteisön näkökulmasta. Työntekijöitä harvoin koulutetaan siten, että jokainen osallistuu alkuperäiseen koulutukseen. Yleensä vain muutama työntekijä osallistuu varsinaiseen tilaisuuteen ja heidän tehtäväksi jää tiedon siirtäminen työyhteisölle ja sitä kautta käytäntöön. Tämä on ihan yleinen käytäntö, mutta valitettavan usein käy niin, että äkillisten poissaolojen takia koulutuspäivän työvuorosta puuttuu työntekijä, jolloin työt siirtyvät muille vuorossa oleville. Tähän vedoten työntekijä ei sitten menekään suunnitellusti koulutuksen.

*"Ohjaajan johdolla on käyty läpi ajankohtaisia asioita."*

*"Ajantasaisen tiedon välittäminen, lähetän sähköpostia, kannustan kouluttautumisesta ja ammattitaidon ja tietopohjan ylläpitämistä."*

*"Panostaisin yhdessä istumiseen ja kokemusten jakamiseen. Yhdessä käydään läpi, että mistä tietoa löytyy, ja että tulisi konkreettisemmiksi asiakkaitten kautta."*

*"Mä laitan kaikki koulutukset menemään sähköpostilla jokaiselle työntekijälle..."*

*"Hygieniavastaava tuo sitä tietoa."*

*"Koulutuksia pitäisi olla tasaisemmin, koko ajan... niin ei tarvitse odottaa montaa vuotta."*

*"Mitä käytännönläheisempää se on, niin sen paremmin se menee perille."*

*"Hygieniayhdyshenkilöt vois pitää semmoisia alueellisia koulutuksia, kerran kuukaudessa?"*

*"Se hygieniakoulutus on jäänyt. Mieluummin laitan Pegasos-koulutukseen tai johonkin muuhun hoitotyön koulutukseen."*

*"Koulutukset pitää olla alueellisia, ettei kenenkään tarvitse lähteä kauas."*

*"Kyllä mä sanon, et koulutusta löytyy. Kukaan ei voi sanoa, et mä en tehnyt, kun en osaa."*



Koulutuksia toivotaan järjestettäväksi tasaisin väliajoin ja lähellä omaa työpistettä. Aiheiden tulee olla käytännöstä nousevia ja ratkaisujen helposti ymmärrettäviä ja työhön sovellettavia, muutoin koulutuksella ei saavuteta toivottua tulosta. Huomioitavaa on se, ettei hygieniakoulutuksia jostain syystä koeta tarpeellisiksi ja riittävän mielenkiintoisiksi. Työntekijöiden erilaiset tavat vastaanottaa ja soveltaa uutta tietoa käytäntöön asettavat suuria haasteita koulutusten järjestämiselle. Liian vähälle huomiolle on jäänyt tiedon siirtäminen koulutetuilta työntekijöiltä muulle työyhteisölle. **Kouluttautumiseen** vaikuttaa suurelta osin työntekijän oma aktiivisuus ja halu oppia. Osittain työntekijöille annetaan liian suuri päätäntävalta siihen, mihin koulutuksiin he osallistuvat ja mihin eivät. Esimiehet eivät välttämättä tunnista työntekijöiden koulutustarpeita. Lisäksi koulutuksen sisältöä tarkemmin tuntematta on vaikeaa arvioida, onko kyseisen koulutuksen anti juuri kotihoitotyöhön sovellettavaa.

*"Pyritään siihen, että hoitajat osallistuvat, mutta asiakkaat on pakko hoitaa ensin."*

*"Takapuolelle potkua vaativat siihen, että lähtevät sitä päivittämistä tekemään."*

*"Kaikki sellainen koulutus, missä tulee joku tehtävä, on haasteellisempaa, koska kaikille ei ole ominaista tiedon jakaminen."*

*"Tämän vuoden puolella on ollut resurssit niin tiukoilla, että ei ole ollut yksinkertaisesti henkilökuntaa riittävästi, että olisi voinut sijoittaa sinne koulutukseen henkilöitä."*

*"Vois olla joku aanelonen, että siinä on kaikki missä käy ja sitten laitetaan leima, että sä olet osallistunut."*

*"Jos me ollaan, tai itse on ilmoittautunut, sitten mennään siihen koulutukseen. Ainoastaan sairaus voi olla este."*

*"On velvollisuus kouluttaa itseänsä ja olla koulutuksessa mukana, on työaikana tapahtuvaa kuitenkin."*

*"Kyllä ne ovat sitoutuneita osallistumaan."*

Vastauksista ilmenee esimiesten kokevan, että työntekijöitä on patistettava ilmoittautumaan ja osallistumaan koulutuksiin. Työntekijöille annetaan aika suuri päätäntävalta siihen, mihin koulutuksiin osallistuvat. Koulutuksesta saadun tiedon siirtämistä työyhteisölle ei juurikaan valvota. Vastaajat kokevat kuitenkin työntekijöiden velvollisuudeksi kouluttautua ja ylläpitää ja vahvistaa ammattitaitoaan. Toisaalta toivotaan osallistavaa koulutusta, joka voidaan kokea tehokkaampana oppimismuotona. Ihmiset oppivat kuitenkin eri menetelmin ja heidän on opeteltava sopeutumaan erilaisiin tilanteisiin. Tämän

lisäksi vastaajat tuovat esille sen, että kaikille työntekijöille ei ole luontaista jakaa koulutuksessa saamaansa tietoa. Jos koulutusmenetelmä on sellainen, ettei ole mahdollista kouluttaa koko henkilöstöä, niin ohjataanko koulutuksiin silloin työntekijöitä, joille tiedon jakaminen on helpompaa?

Vastaajat toivat esille myös sen, että **kouluttautumattomuutta** esiintyy jonkin verran. Kouluttautumattomuudella ei tässä yhteydessä tarkoiteta työntekijän peruskoulutusta, vaan työtä tukevaa ammatillista tiedon jakamista. Yhtenä syynä haluttomuuteen koulutautua pidettiin sitä, että työntekijät eivät koe järjestettyjä koulutustilaisuuksia merkitykselliseksi juuri oman työnsä näkökulmasta. Osa työntekijöistä saa myös itse valita koulutukset, joihin osallistuvat tai eivät osallistu.

*"Nämähän ovat monet koulutukset suunnattu sairaalaympäristöön, niin siksi ne kokevat, ettei se kosketa heitä."*

*"Hygieniayhdyshenkilö osallistuu itse tärkeiksi kokemiinsa koulutuksiin."*

### 6.3 Perehdytyksen kehittäminen

Vastaajia pyydettiin kuvaamaan näkemyksiään hygieniatyön tukemisesta ja kehittämistä oman työnsä näkökulmasta. Ensimmäisenä ja tärkeimpänä kehittämisen kohteena nähtiin perehdytyksen kehittäminen. Vastaajat kuvasivat, **mitä** heidän mielestään perehdytykseen liittyen **pitäisi kehittää**.

*"Perehdyttämiseen pitäisi olla enemmän aikaa."*

*"Pitäisi tavallaan koko perehdytys suunnitella paremmin, silleen että olisi selkeätä, mitä siihen kuuluu."*

*"Perehdys pitäisi kotihoidossa olla laadukkaampaa."*

*"Intran käytön perehdyttäminen jää meillä välillä lapsen kenkiin, että sitä pitäisi kehittää."*

Vastaajat kokivat, että perehdytykseen varattu aika on riittämätön työn vaativuuteen ts. perehdytettävään asiaan nähden. Toisaalta toiminta vaikutti olevan varsin suunnittelematonta, eikä perehdyttäjällä todennäköisesti ole selkeää kuvaa siitä, mitä häneltä odo-

tetaan. Perehdytystä annetaan työyhteisössä pääosin yhteisvastuullisesti, vaikka uudelle työntekijälle nimetäänkin perehdyttäjä. Työn luonteen vuoksi perehtyjä ja perehdytettävä eivät välttämättä ole samassa työvuorossa, jolloin uusi työntekijä kulkee toisen työntekijän mukana. Tämä tekee perehdytyksestä erittäin haasteellista, varsinkin silloin, jos mitään valmista suunnitelmaa läpi käytävistä asioista ei ole käytössä. Valtaosa työn tekemistä tukevista ohjeista löytyy kaupungin intranetistä. Vastaajat toivat vahvasti ilmi sen, ettei etsityn tiedon löytäminen sieltä ole helppoa.

Vastaajien näkemykset siitä, **miksi** perehdytystä **pitäisi kehittää**, olivat seuraavia:

*"Johdolta tulee se vaade, että täällä pitää olla hirmu valmis paketti saman tien..."*

*"Kotihoidossa on niin kova tehokkuusvaade, että vaaditaan osaamista ja täydellisyyttä, niin se ei niin, kun kulje käsi-kädessä perehdytykseen suunnitellun ajan kanssa."*

*"Perehdyttäjäistä kaikki ei sovellu siihen. Että ne ei niin, kun ymmärrä, mitä se perehdytys on, ei ymmärrä, mitä tietoa pitää tuottaa."*

*"Paperilla näyttää hyvältä, mutta käytännössä se ei toteudu, mikä on ihan totta."*

Vaikka perehdytysuunnitelmaa ei vastaajien mielestä juurikaan käytetä, vaikuttaisi siltä, että ollaan kuitenkin hyvin tietoisia siitä, mitä työntekijältä työssä suoriutumiseksi vaaditaan. Vastaajat olivat sitä mieltä, että johdon asettamat vaatimukset uudesta työntekijästä ovat kohtuuttomia. Uuden työntekijän odotetaan olevan valmis itsenäiseen työskentelyyn varsin pian työssä aloittamisen jälkeen. Vastaajat toivat esiin, ettei työssä oppiminen lopu koskaan ja perehtymiseen menee hyvinkin jopa vuosi aikaa, riippuen toki henkilöstä.

Suunnitelmat siitä, **miten** perehdytystä **pitäisi kehittää**, olivat vastaajilla hyvin samansuuntaisia. Hygieniayhdyshenkilön toivottiin ottavan vastuuta hoitotyön hygienian ja aseptisen työskentelyn perehdyttämisessä. Tämä on ollut käytännössä jo tavoitteenakin, mutta kuten aiemmin jo mainittiin, ei hygieniayhdyshenkilöillä ole tällä hetkellä selkeää kuvaa siitä, mitä heidän toimenkuvansa käsittää. Toisaalta hygieniayhdyshenkilön toimenkuvan tuntemisessa on puutteita myös esimiehillä. Tämän vuoksi hygieniayhdyshenkilön osaamista ei ole osattu hyödyntää perehdytystilanteissa.

Yhtenä hygieniayhdyshenkilön tehtävänä on tiedottaa hoitotyön hygieniaan liittyvistä asioista oman yksikkönsä työntekijöitä ja viedä uutta tietoa käytäntöön.

*"Hygieniayhdyshenkilö vois olla vastuussa toteutuksesta. He voisivat yhdessä tehdä käyntejä päivän aikana..."*

*"... enemmän aikaa siihen perehdytykseen eli, että se mahdollistettaisiin työnantajan puolelta."*

Esimiehet toivoivat, että perehdytystä antaisivat erikseen nimetyt ja siihen erikoistuneet henkilöt. Tämän uskottiin parantavat perehdytyksen laatua. Tilanne on hoitotyön hygienian ja aseptisen toiminnan osalta helpostikin ratkaistu, mikäli tämän asian perehdyttämiseen käytetään alueen hygieniayhdyshenkilöitä.

*"... vois miettiä, että olisi selkeästi nimettynä yks tai kaks henkilöä, jotka olisivat aina ne perehdyttäjät. Nii sitten olisi se perehdyttäminen tasalaatuisempaa."*

*"Semmoinen hyvä, älykäs perehdyttäjä, joka on kokonaisvaltainen, sekä hellä että tiukka. Joka ymmärtää laajoja kokonaisuuksia, mutta ymmärtää myös, että ehkä siellä on tärkeitä nippelitietoa, mutta tietynlaisissa rajoissa."*

*"Hyvä vuorovaikutustaito, just se älykkyys... kaikki tällaiset taidot..."*

*"Tulee hyvin juttuun keskenään, kyselee toisiltaan ja puhelee keskenään."*

Teoriatiedon tuntemisen lisäksi perehdyttäjältä vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja sekä tilanneälyä, ja tietysti myös kotihoitotyön kokonaisvaltaista tuntemista.

#### 6.4 Käytännön työ

Puhuttaessa **ammattitaidon tukemisesta ja kehittämisestä** esimiestyön näkökulmasta, nousi esille käytännön työ, jota vastaajat kommentoivat kertomalla näkemyksistään. Yleisesti ollaan sitä mieltä, että kotihoidon henkilöstö on ammattitaitoista. Nykyisen toiminnan kehittäminen tuntuu kuitenkin haasteelliselta. Esimiehet kokevat, etteivät työntekijät pääse osallistumaan toivottuihin koulutuksiin vajaamiehityksen sekä kuormittavan asiakastyön vuoksi. Vastaajat totesivat lisäksi, että hoitosuunnitelmissa asiakkaan hoitoon varattu aika on suunniteltu niin lyhyeksi, ettei työtä pystytä tekemään ajatuksella, hygienia-näkökulma huomioiden.

*"Koulutuksia on loppupeleissä niin vähän ja mahdollisuus saada työntekijöitä sinne on aika vaikeata, kun aina on joku sairaana."*

*"Kaikki aika menee asiakastyöhön."*

*"... ajat, joita asiakkaiden luona ollaan, pitäisi olla suunniteltu pidemmiksi, jotta ehdittäisiin noudattamaan sitä hygieniää kunnolla."*

Hoitotyön hygienian ja aseptisen toiminnan tuki nähtiin merkityksellisenä ja vastauksista ilmenikin, ettei yhden hygieniayhdyshenkilön resurssin koeta riittävän työssä tarvittavan ohjauksen määrään nähden. Myös hygieniahoitajan toivottiin vierailevan alueilla useammin.

*"Yksi hygieniayhdyshenkilö ei riitä tähän hommaan. Meillä pitäisi olla vähintään 3-4 semmoista ihmistä, jotka vastaavat hygieniasta"*

*"Hygieniahoitajan pitäisi enempi tulla tänne alueille ja tiimeihin. Jos se kävisi useammin muistuttamassa ja kertomassa, niin iskostuisi hoitajien päähän ja sitten ne ymmärtäisi paremmin sen tärkeyden."*

*"Hygieniahoitaja vois enemmän näkyä tai olla niitä yhteisiä hommia, missä käytäisiin asioita läpi."*

*"Hygieniahoitaja on ainoa, joka siitä puhuu."*

Tärkeäksi koettiin myös yhteiset tapaamiset alueen omien hoitajien kanssa. Esimiesten viesti alueen yhteisiin tapaamisiin liittyen oli selkeä. Tapaamiset eivät toteudu suunnitelmallisesti. Tämän vuoksi asiaa kertyy liikaa yhdellä kertaa käsiteltäväksi ja silloin käsitellään yleensä esimiehen tärkeimmiksi arvioimat asiat. Koetaan myös, ettei alueilla ehditä keskustelemaan työstä riittävässä määrin. Parannettavaa löytyy aina, ja onkin tärkeää opetella näkemään tilanteet kokonaisvaltaisesti ja hieman kauaskatseisemmin. Alueilla on hygieniayhdyshenkilöitä, joiden ammattitaitoa on osattava hyödyntää. Perehdyttäjälle tulee varata riittävästi aikaa laadukkaan perehdyttämisen onnistumiseksi. Esi miehen tulee varmistaa, että työ on suunnitelmallista.

*"Tiimipalaverit pitäisi toteutua ja teemana tiimipalaverien lopussa puhutaan, vaikka kaksikymmentä minuuttia hygieniosaamisesta."*

*"Otettaisiin hoitotyön kysymyksiä ihan säännöllisesti esiin, et semmoiset työpajat olisi erittäin hyviä... ja koko henkilökunta osallistuisi."*

*"Että oikeasti puhuttaisiin siellä alueella silloin kun näkee jotain hyvää ja muuta mikä ei ole niin hyvää."*

*"Pitää motivoida ja varmistaa, että koulutuksiin ilmoitaudutaan ja niihin myös mennään."*

*"Mun pitää varmistaa, että hygieniayhdyshenkilö pystyy tekemään sitä työtä, mihin hänellä on tietotaitoa."*

*"Sairaanhoitajilla olisi enemmän aikaa tehdä yhteiskäyntejä hoitajien kanssa. Ne ovat ne parhaat opetukselliset tilanteet..."*

*"Perehdyttäjän työlistaa ei juuri ole pienennetty. Ehkä se on semmoinen asia, mihin vois kiinnittää enemmän huomiota."*

**Nykyisen toiminnan kehittämiseen** vastaajilla oli paljon toteuttamiskelpoisia ehdotuksia, vaikka työ tuntuukin varsin haasteelliselta. Kotihoidon henkilöstön kuuluu työssään käyttää työnantajan tarjoamaa suojavaatetusta. Suojavaatteet käsittävät t-paidan, liivin (kahta eri materiaalia kesä- ja talvikäyttöön), housut sekä vilutakin. Käytännössä työhou-  
suja ei kuitenkaan ole ihan joka alueella saatavilla. Valtaosa työntekijöistä ei ole halunnut niitä käyttää, ja sen vuoksi housuja ei ole kaikille alueille välttämättä tilattu. On myös alueita, joilla työhou-  
sujen käyttäjiä olisi, mutta housuja ei syystä tai toisesta ole käyttöön saatu.

*"... että meidän kotihoidolla olisi omat työvaatteet, että ne olisi kaikille sopivia. Jotenkin niin, kun enemmän niitä suojavaatteita, liiviä nyt tietysti käytetään, mutta harvalla on teepaitaa tai mitään..."*

Haastattelutulosten perusteella ihan kaikilla alueilla ei perehdytyskortti ole käytössä, vaikka sellainen on olemassa. Viimeisin, uudistettu versio on päivätty kesäkuulle 2017. Perehdytystoiminnan suunnitelmallisuudessa vaikuttaisi vastaajien mukaan olevan eniten parannettavaa. Vastaajista osa ei ollut tietoisia perehdytyskortista, jonka avulla toimin-  
nan suunnittelu helpottuu.

*"On kehitettävää, ehdottomasti meidän perehdytyslista käyttöön enemmän... Meidän pitää panostaa siihen enemmän ja kehittää, et sujuisi paremmin, et ei ole ihan laadukkainta tällä hetkellä."*

*"Yksi työntekijä perehdyttäisi kaikki uudet työntekijät ja olisi semmoinen kotihoidon ammattilainen, joka osaisi ja huomiois ja tekisi kaiken niin sanotusti."*

Perehdytyksen jalostamisessa mentiin keskusteluissa niinkin pitkälle, että mietittiin jopa esimerkkikodin rakentamista mahdollista toiminnan simulointia varten. Toisaalta osallistavien koulutustilaisuuksien myötä uskottiin opin menevän paremmin perille.

*"Pitäisikö olla jotkut ihmeen huoneet täällä jossain työyksikössä sisustettu, ja sitten näytettäisiin, että miten toimitaan, ettei levitetä bakteereja."*

*"Jos joudutaan miettimään, piirtämään tai kirjoittamaan tai vaikka keskustelemaan sen lähellä olevan työkaverin kanssa, että herättäisi semmoista pientä ryhmäkeskustelua kesken kaiken sen luennon."*

Esimiehet saattavat syyllistää myös itseään. Paineet arkityön sujumisen turvaamiseksi ovat kovat. Kasvavat asiakasmäärät, henkilöstön vaihtuvuus sekä poissaolot kuormittavat esimiehiä. Toiminnan tulee olla joustavaa, eikä käytännön työn määrä vaihtelee käytössä olevien resurssien mukaisesti. Henkilöstön palkitseminen nähtiin mahdollisena kannustimena työssä jaksamiselle.

*"En ole tyytyväinen, se johtuu musta itsestäni, miten me toimitaan täällä ja sitten tietysti sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista, että meidän pitäisi panostaa siihen enemmänkin yhdessä."*

*"Tietoisuutta ja ymmärrystä pitäisi kehittää."*

*"Kotihoidon ohjaajat vois antaa pieniä Nopsa-palkintoja."*

*"Pitäisi varmaan itsekin käydä haistelemassa niitä uusia asioita, ja ennättää katsoa sinne intraan, että mitä sinne on tullut."*

Haastattelujen myötä kävi selväksi, että työssä on paljon hyvää, ja mahdollisuudet toiminnan kehittämiseksi ovat olemassa. Yhtenäisten toimintatapojen löytämiseksi ja niiden noudattamiseksi pitää tehdä kuitenkin paljon työtä, toimintaohjeistukset ovat jo olemassa. Työntekijöiden tulee tunnistaa oma roolinsa työyhteisössä ja kantaa vastuu osana toimivaa organisaatiota. Esimiesten pitää perehtyä käytännön ongelmiin ja yrittää löytää toimiva ratkaisu ongelmaan yhdessä työyhteisön kanssa.

## 7 Pohdinta

### 7.1 Eettisyys

Jo tutkimusaiheen valinta käynnistää eettisen pohdinnan. Hyvää tutkimusta ohjaa tutkijan eettinen sitoutuneisuus työhön. Tutkimuksella tulee olla jokin yhteiskunnan kannalta

tärkeä merkitys. Tutkijan on myös pohdittava, miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin. Eettisyys koetaan myös osaksi tutkimuksen laatua. (Eriksson ym. 2012: 28; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen. 2015: 218; Tuomi - Sarajärvi. 2009: 126-127.) Tämän opinnäytetyön avulla saadaan kotihoidon lähiesimiehiltä tietoa heidän näkemyksistään kotihoidon hygieniatyöstä. Saadun tiedon avulla voidaan lähiesimiesten toimintaa kehittää, hygieniatyön osalta, paremmin käytännön työn tarvetta vastaavaksi. Tutkimustulosten myötä kotihoidon lähiesimiehet saavat näyttöä aiheen merkityksestä omassa työssään. Tämä mahdollisesti kannustaa kotihoidon ohjaajia kehittämään omaa osaamistaan sekä toimintaansa työssään.

Tutkimuksen eettisyys on keskeinen asia kaikissa tutkimuksellisissa toiminnoissa. Eettisyys on läsnä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa aiheet ovat sensitiivisiä. Haastateltavat kertovat omista henkilökohtaisista näkemyksistään. Jo tutkimukseen valikoituminen on salassa pidettävä asia. Tutkimusetiikan mukaisesti tutkijan on pyrittävä tarpeettomien haittojen ja riskien minimoimiseen tutkimusta tehdessään. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen. 2015: 218.) Haastateltavat kertoivat rehellisesti omasta työstään ja siinä ilmenevistä, henkilökohtaisesti kokemistaan, onnistumisista ja vaikeuksista.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Erityisesti etiikkaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tutkijan on kunnioitettava tutkittaviaan. Tutkittavien oikeudet tutkimuksessa ovat pysyminen tuntemattomana, salassapito, luottamuksellisuus, vastuuntunnon odottaminen tutkijalta, osallistumisen vapaaehtoisuus, tutkimuksen keskeyttäminen ja riittävä tiedonsaanti. Tutkittavia on informoitava oikeuksistaan ennen tutkimuksen aloittamista. Lisäksi tutkija tekee kirjallisen sopimuksen tutkittavien kanssa. (Eriksson ym. 2012: 26; Laine 2016.) Haastattelut sovittiin niin, ettei tapaamisen aihe paljastunut samoissa tiloissa työskenteleville työntekijöille. Suunnitelluista ja toteutuneista tapaamisista ei keskusteltu julkisesti, vaan tiedot tapaamisten ajankohdista sekä sisällöstä jäivät asianosaisille.

Tutkijan tekemät eettiset ratkaisut vaikuttavat tutkimuksen uskottavuuteen, joka perustuu hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamiseen. Tutkijan on oltava rehellinen ja toimia huolellisesti tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Työtä tehdessä tutkija ottaa huomioon aikaisemman tutkimustiedon kunnioittaen sitä, ja antaen tiedon tuottajille heidän ansaitsemansa arvon omaa tutkimusta tehdessään ja tuloksia julkaistessaan. Suomen Akate-



mian Tutkimuseettinen neuvottelukunta velvoittaa toimimaan hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Tutkijalla ei ole lupaa vääristellä totuutta tai esittää toisen tutkijan tuloksia ominaan. Vastuu hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamisesta on tutkijalla itsellään. (Tuomi - Sarajärvi. 2009: 132-133.)

Haastatteluja sovittaessa huomioitiin vastaajien vapaaehtoisuus, kirjallinen suostumus, anonymiteetti sekä tutkimusluvan hakeminen. Haastateltaviin oltiin yhteydessä henkilökohtaisesti haastatteluajkoja sovittaessa. Osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista. Haastateltavilla oli mahdollisuus jättäytyä pois tutkimuksesta missä tahansa haalumassaan vaiheessa. Vastaajilla oli mahdollisuus perehtyä tutkimussuunnitelmaan ja haastattelun teemoihin ennen haastattelua. Tutkimukseen palaaminen haastattelun jälkeen oli myös mahdollista, mikäli vastaajat kokivat siihen tarvetta. Kirjallisen sopimuksen tekemisellä vakuutettiin vastaajille toiminnan olevan eettisesti hyväksyttävää. Raportissa tuloksia elävöitettiin suorilla lainauksilla, jotka muokattiin yleiskielelle vastaajien anonymiteetin turvaamiseksi. Raportissa ei mainita vastaajien henkilö- tai työyksikkötietoja.

## 7.2 Luotettavuus

Yksiselitteisiä ohjeita tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole olemassa. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä monilla yksinkertaisilla seikoilla. Dokumentointi on yksi tärkeimmistä seikoista, joka tuo työlle uskottavuutta. Kaikki työn tekemisessä tehdyt ratkaisut ja valinnat tulee perustella huolellisesti. Dokumentointia helpottaa esimerkiksi tutkimuspäiväkirjan pitäminen. (Kananen 2010: 68-71; Tuomi - Sarajärvi. 2009: 134, 140.)

Laadullista tutkimusta tehtäessä haastatteluja jatketaan niin pitkään, kunnes aineisto saturoituu eli ei tuota enää uutta tietoa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä pidetään uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on esitelty sellaisessa muodossa, että lukija ymmärtää tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuutta kuvaa myös se, miten hyvin tutkija on onnistunut tutkimusaineiston luokittelussa. Aineiston ja tulosten kuvaaminen on syytä tehdä huolella, sillä se lisää tutkimuksen luotettavuutta. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön. Tutkimusprosessin ja tulosten analysoinnin tarkka kuvaus on luotettavuutta korostava seikka. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen. 2015: 197-198.)

Yhteenvedon voidaan sanoa, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa mahdollisimman tarkka, totuudenmukainen ja selkeä kirjallinen raportointi vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden näkökulmasta arvioituna, tutkimusraportista tulee löytyä selkeästi kuvattuna tutkimuksen kohde ja tarkoitus. Lisäksi tutkijan oma intressi tutkimuksen tekemiseksi, miksi tutkimus on tärkeä? Erityistä tarkkuutta tulee noudattaa tutkimusaineiston keruussa. Mitä menetelmää käytettiin ja miten siinä onnistuttiin. Kohtasiko tutkija ongelmatilanteita, joko tiedonantajiin tai käytettyyn tekniikkaan liittyen. Liittyikö aineiston keruuseen jotain muuta merkityksellistä, joka on tutkimuksen kannalta merkityksellistä. Tutkijan tulee kuvata tapa, jolla hän valitsi tiedonantajat, paljastamatta kuitenkaan liian tarkkoja yksilökohtaisia tietoja. Muutamalla sanalla on myös hyvä kuvata tutkijan ja tiedonantajien välistä vuorovaikutussuhdetta. Raportissa tulee olla selkeä kuvaus aineiston analysointiin käytetystä menetelmästä, jonka avulla tutkija on päätenyt saatuihin tutkimustuloksiin ja johtopäätöksiin. Lopuksi tutkijan on rehellisesti arvioitava, onko tutkimus eettisesti riittävän korkeatasoinen ja voidaanko tutkimustuloksia pitää luotettavina. (Tuomi - Sarajärvi. 2012: 140-141.)

Tutustuin tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimiin periaatteisiin ja sitouduin noudattamaan niitä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa (TENK 2012: 4-15). Opinnäytetyön tutkimukselle haettiin ennakoarviointia ja tutkimuslupaa Helsingin kaupungin eettiseltä toimikunnalta. Lupa-asioita käsittelee sosiaali- ja terveystoimen tutkimus- ja kehittämistoiminnan koordinaatioryhmä. Lisätietoa tutkimusohjeista antaa Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Ennakoarviointi ei poista tutkijan vastuuta tutkimuksen eettisyydestä. Tutkija vastaa tutkimuksen alusta loppuun tutkimuksensa eettisistä ja moraalisisista ratkaisuista. (Eriksson ym. 2015: 30-31.)

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka antoi vastaajille mahdollisuuden yksilöllisten kokemusten kertomiselle. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluin. Haastatteluja varten anottiin tutkimuslupaa ja haastatteluun osallistumispyynnöt lähetettiin heti tutkimusluvan saamisen jälkeen. Haastattelun teemat keskittyivät kotihoidon hygieniatyöhön, sen perehdyttämiseen sekä hygieniatyön tukemiseen. Aihe valikoitui haastattelijan nykyisen työn sekä aiemman työkokemuksen perusteella. Haastattelijaksi toimii Helsingin kaupungin kotihoidon hygieniahoitajana, vaikka sijoittuu hallinnollisesti kaupungin sairaalan organisaatioon. Hygieniahoitajana työskentelyn lisäksi haastattelijalla on vajaan kymmenen vuoden työkokemus kotihoidon terveydenhoitajan työstä. Työkokemuksen myötä tutkimusympäristö oli haastattelijalle hyvin tuttu. Haastateltavien työ-

ympäristön tunteminen auttoi haastattelijaa ymmärtämään vastaajien kuvauksia työstään paremmin. Toisaalta pitkäaikainen työskentely tutkimusympäristössä voi saada aikaan ennakkokäsityksiä, jotka saattavat vaikuttaa tulosten tulkintaan. Haastattelija pyrki unohtamaan omat käsityksensä aiheesta ja arvioi tuloksia ainoastaan vastaajien näkökulmasta. Haastattelija onnistui melko hyvin objektiivisessa tulkinnassa ja tuloksia voidaan tässä suhteessa pitää luotettavina.

Ensimmäinen pyyntö haastatteluun osallistumiseksi lähetettiin Helsingin kaupungin kotihoidon ohjaajille maaliskuun puolivälissä kuluvaan vuoteen. Tämän jälkeen lähetettiin kaksi muistutusta, joista jälkimmäinen noin kuukausi ensimmäisen pyynnön jälkeen. Haastattelupyynnöjä lähetettiin sähköpostitse kaikille Helsingin kaupungin kotihoidon ohjaajan työtä tekeville työntekijöille, joita oli yhteensä 74. Haastatteluihin osallistui seitsemän kotihoidon ohjaajaa. Haastateltavien saaminen osoittautui vaikeaksi, vaikka pyyntö osallistumiseksi lähetettiin hyvissä ajoin. Ainoana kriteerinä haastatteluun osallistumiseksi oli, että vastaajan tuli toimia kotihoidon ohjaajan toimessa, joko vakituksena tai viransijaisena. Sähköpostitse lähetettyjen pyyntöjen sekä puhelimitse tehtyjen kyselyjen jälkeen saatiin mukaan seitsemän vastaajaa. Haastattelut aloitettiin huhtikuun puolessa välissä ja viimeinen haastattelu pidettiin kesäkuun ensimmäisellä viikolla. Aineiston litterointi aloitettiin heti ensimmäisen haastattelun jälkeen. Litterointia jatkettiin haastattelujen ohessa. Aineisto oli kokonaan litteroitu elokuun alkuun mennessä, jonka jälkeen aloitettiin aineiston analysointi.

Vastaajien saaminen mukaan oli odotetusti vaikeaa. Haluttomuuteen osallistua vaikutti mahdollisesti se, että samaan organisaation sisällä oli kyseisenä aikana liikkeellä useita tutkimukseen osallistumispyynnöjä. Vastaajat vaikuttivat kiinnostuneilta haastattelun aiheista. Haastattelutilanteet olivat yhtä haastattelua lukuun ottamatta rauhallisia. Jokainen vastaaja sai itse päättää ajankohdan sekä tapaamispaikan, joka mahdollisti avoimen ja luottamuksellisen keskustelun. Haastateltavat kertoivat vapaasti kokemuksistaan ja saivat käyttää vastaamiseen haluamansa ajan. Haastattelun yhteydessä vastaajilla oli mahdollisuus tarkentaa sekä täydentää mieleen tulleita asioita.

Äänitallenteen litteroiminen eli auki kirjoittaminen aloitettiin heti haastattelun toteuttamisen jälkeen. Litterointia jatkettiin rinnakkain haastattelujen toteuttamisen kanssa. Kaikki haastatteluista saatu tieto oli luettavassa muodossa elokuun alussa. Tämän jälkeen auki kirjoitettua tekstiä luettiin moneen kertaan ja lukemisen yhteydessä alkuperäisiä lainauk-

sia pelkistettiin ja luokiteltiin yhteensä 16 alaluokkaan ja neljään yläluokkaan haastattelun teemojen mukaisesti. Työn luotettavuutta lisättiin suorien lainausten lisäämisellä työhön. Mahdollisimman tarkan lopputuloksen varmistamiseksi haastattelija täytti tutkimuspäiväkirjaa, joka mahdollisti tarvittavien tietojen tarkistamisen ja palaamisen aiempiin tapahtumiin ja ajatuksiin.

### 7.3 Tulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon lähiesimiesten näkemyksiä siitä, miten he tukevat työntekijöiden hygieniasaamista. Lisäksi kysyttiin, miten kotihoidon lähiesimiesten hygieniatyötä tulee vastaajien mielestä kehittää. Tavoitteena on kotihoidon hygieniatyön kehittäminen. Tulokset antavat tietoa kotihoidon lähiesimiesten näkemyksistä hygieniatyön nykytilasta ja siitä, kuinka hygieniatyön tukea pitäisi heidän mielestään kehittää.

Tulosten mukaan haastateltavien vastauksissa nousivat esille seuraavat asiat. Kotihoidon lähiesimiehillä eli kotihoidon ohjaajilla oli hyvin vaihtelevia käsityksiä uuden työntekijän perehtymisajan pituudesta. Kaikilla vastaajilla ei myöskään ollut käsitystä kotihoidon perehdytysuunnitelmasta. Perehdytyksen lisäksi kotihoidon ohjaajat olivat yhtä mieltä siitä, että työntekijät tarvitsevat säännöllistä koulutusta. Vastaajat toivat esiin, että työntekijöiden kouluttautumista oli hankalaa seurata ja järjestää. Perehdytyksen ja koulutuksen lisäksi vastaajat toivat selkeästi ilmi, ettei hygieniayhdyshenkilön rooli ole työyksiköissä selkeä. Siitä syystä kyseisen henkilön erityisosaamista ei ole hyödynnetty käytännössä siinä määrin kun se olisi tarkoituksenmukaista.

Vastaajien näkemykset uuden työntekijän perehdytyksen toteutumisesta olivat varsin yhteneväiset. Valtaosa vastaajista kertoi, että teoriaa käydään läpi toimistolla ja varsinainen osaaminen näytetään tiimin sairaanhoitajille, sairaanhoidollisia lupia varten annettavissa näytöissä. Kotihoidossa työskentelee paljon hoitajia, joilla ei sairaanhoidollisia lupia ole, mutta heidänkin on osattava toimia aseptisesti oikein ja noudatettava hygieniohjeita. Miten heidän kohdallaan varmistetaan aseptisten työskentelytapojen toteutumista, kun näyttötilanteita ei ole? Lisäksi perehdytyskortin mukaisesti sairaanhoidollisten toimintojen näyttöjä suunnitellaan suoritettavaksi vasta perehtymisajan jälkeen eli noin neljä kuukautta työssä aloittamisesta. Vastaajien mukaan näyttöjä vastaanotetaan kuitenkin jo kaksi viikkoa työssä aloittamisen jälkeen.

Uuden työntekijän perehdyttämiseksi hänelle nimetään työyhteisöstä vastuuhenkilö, jonka mukana hän kulkee joitakin päiviä. Vastaajat kertoivat, ettei päivittäisen työn määrä, puhutaan ns. välittömästä työajasta, ole sen vähäisempi kuin yksin työtään tekevällä hoitajalla. Tämä tarkoittaa sitä, ettei perehdyttäjälle jää käyntien yhteydessä ylimääräistä aikaa perustella ja käydä asioita uuden työntekijän kanssa läpi. Nykyisellään perehtyminen toteutuu siten, että uusi työntekijä kulkee perehdyttäjän mukana ja seuraa sitä, kuinka tämä käynneillä toimii. Tässä on kuitenkin riski sille, että mallioppiminen johtaa virheellisten toimintamallien siirtymiseen uudelle työntekijälle. Lisäksi kotihoitotyön luonteen vuoksi työtä tehdään kahdessa ja joskus jopa kolmessa vuorossa, jolloin perehdyttäjiä voi olla useita. Tämä voi osaltaan olla sekoittava tekijä, jos hoitajien toimintatavat poikkeavat merkittävästi toisistaan. Koska perehdytys koetaan työyhteisöissä yhteisvastuullisena toimintana, vastaajat arvioivat toiminnan vaikuttavan perehdyttämiseen sen laatua heikentävästi. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, ettei perehdytystoiminta ole kotihoidossa riittävän suunnitelmallista. Suurella osalla kotihoitoon palkatuista hoitajista ei ole aiempaa kokemusta kotihoitotyöstä, vaikka kokemusta hoitotyöstä muuten olisikin. Osittain tämän vuoksi vastaajat olivat sitä mieltä, että olisi parasta jos perehdytystä antaisi työyhteisössä aina sama henkilö. Perehdyttämisen keskittämällä erikseen nimetyille henkilöille olisi perehdyttäminen suunnitelmallisempaa ja tasalaatuisempaa.

Haastateltavat kokivat, että on esimiehen vastuulla kertoa uudelle työntekijälle henkilöstöhallintaan liittyvistä asioista, mutta varsinaisen käytännön työn perehdyttäminen on vahvasti alueen sairaan- ja terveydenhoitajan, työyhteisön sekä perehtyjän itsensä vastuulla. Tämä käsitys johtunee osittain myös siitä, ettei kaikilla lähiesimiehen työtä tekevillä henkilöillä ole varsinaista terveydenhuoltoalan koulutusta, jolloin he eivät koe mielekkääksi puuttua käytännön hoitotyön tekemiseen. Osa nykyisistä esimiehistä on peruskoulutukseltaan esimerkiksi sosiaaliohjaajia tai sosionomeja, jolloin he eivät ole päteviä ottamaan kantaa hoitotyön hygieni- ja aseptiikka-asioihin. Ilman erillistä kouluttumista heidän on luotettava siihen, että perehdyttäjä, työyhteisö ja perehdytettävä itse ottavat vastuun asiasta. Oli myös hätkähdyttävää, miten moni vastaajista koki perehdytyksen onnistumisen olevan lähes täysin uuden työntekijän omalla vastuulla.

Hygieniosaamista ei sen paremmin kuin perehdyttämisessä onnistumistakaan kontrolloida suunnitelmallisesti. Kävi myös ilmi, ettei esimies käy perehtymisajan päätteeksi systemaattisesti läpi perehtymisajan kulkua ja sisältöä. Toisaalta perehdytyskortissa ei ole erikseen määritelty toimia, joilla perehtyjän tietämystä hoitotyön hygieniasta ja aseptisestä toiminnasta kontrolloidaan. Valtaosa vastaajista koki riittävänä tukitoimena sen,

että he pyrkivät olemaan läsnä ja saatavilla tilanteissa, joissa työntekijöille tulee kysyttävää. Hoitotyön laadun varmistamiseksi esimiesten tulee valvoa ja arvioida perehdytyksessä onnistumista. Kuten Saksassa 2013 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, valvonnalla on tärkeä rooli kotihoitotyön infektioiden torjunnassa. Tutkimuksessa havaittiin, että jopa 80 prosenttia hoitotyöntekijöistä laiminlöi infektioiden torjuntaohjeita. Tämä vaikuttaa väistämättä hoidon laatuun. Toimintaa tulisi arvioida hoitoon liittyvien infektioiden valvonnan ja seurannan näkökulmasta myös kotihoitotyössä.

Haastateltavat toivat erittäin vahvasti esiin sen, että uuden työntekijän perehdyttämistä pitäisi kehittää. Esimiehet eivät olleet kovin tietoisia perehdytyksestä kokonaisuutena, eikä toiminta ole ollut suunnitelmallista. Mikäli perehdytysuunnitelma koetaan riittäväksi, on käytännön toteutusta pyrittävä muuttamaan tavoitteellisemmaksi ja paremmin tarvetta vastaavaksi. Perehdytys on kuitenkin tärkein vaihe työntekijän opastamisessa uuteen työhön ja työyhteisön toimintatapoihin. Perehdytyksellä on suuri merkitys uuden työntekijän työhön sopeutumisen ja jäämisen turvaamiseksi. Mikäli uusi työntekijä kokee työn, työympäristön ja työyhteisön mielekkäänä ja turvallisena, on todennäköistä, että työntekijä jää pysyväksi osaksi työyhteisöä. Tähän on kotihoidossa mielestäni erittäin tärkeää kiinnittää huomiota henkilöstön suuren vaihtuvuuden vuoksi. Osana hyvää perehdytystä on hygieniayhdyshenkilön roolia käytännössä hyödynnettävä tehokkaammin. Uuden työntekijän hygieniiosaaminen pitää varmistaa perehdytystilanteessa. Teoria ja käytänteet käydään läpi ennen kuin työntekijä lähtee suorittamaan asiakaskäyntejä itsenäisesti. Perehdyttäjä havainnoi työntekijän toimintaa yhteisillä asiakaskäynneillä ja antaa välitöntä palautetta virheellisestä toiminnasta. Tällä varmistutaan siitä, ettei virheellisiä toimintatapoja pääse syntymään. Työntekijöiden taitoja hoitotyön hygieniasta ja aseptisesta toiminnasta pitää kontrolloida, esimerkiksi sairaalassa käytetyn infektioiden torjuntapassin muodossa, säännöllisin väliajoin. Tehdyt tutkimukset osoittavat, että hoitohenkilöstön tiedot hoitotyön hygieniasta ja aseptisesta toiminnasta ovat hyvät, mutta käytäntö ontuu. Lisäksi kotihoitotyötä tehdään tavanomaisesta poikkeavassa toimintaympäristössä. Nämä seikat huomioiden perehdyttämiseen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

Hoitotyön hygienian ja aseptisen toiminnan tavoitteena on hoitoon liittyvien infektioiden torjuminen sekä laadukkaan hoidon turvaaminen. Vastaajien käsityksiä asiasta ohjasi selkeästi heidän pohjakoulutuksensa. Kaikille vastaajille tuntui olevan hyvin selvää se, että kotihoidon hoitajien tulee kotikäyntejä tehdessään käyttää käsihuuhdetta sekä tarvittaessa suojaamia. Vastaajat olivat sitä mieltä, että hoitajien on itse tiedettävä, missä

tilanteissa käsihuuhdetta käytetään, sekä miten ja milloin suojaimia on tarpeellista käyttää. Vastaajat kokivat, että työntekijän tulee itse tuntee vastuunsa ja ottaa selvää asioista ongelmatilanteissa. Tulokset osoittivat, että esimiehet kokevat olevansa voimattomia, mikäli havaitsevat puutteita hoitajien aseptisessä toiminnassa. Epäkohtiin yritetään puuttua keskustelemalla koko työyhteisön kanssa, mutta usein puuttuminen koetaan työntekijöiden keskinäiseksi tehtäväksi. Puuttuminen koettiin vastaajien mielestä yleisesti hankalaksi siitä syystä, että työtä tehdään suurelta osin itsenäisesti, eikä laiminlyöntejä tai virheellistä toimintaa ole kukaan välttämättä näkemässä. Vastaajien mielestä ongelmaratkaisu nähdään mielekkäänä vain silloin, kun hoitaja itse ottaa epäkohdan työyhteisössä esiin, tai kysyy oma-aloitteellisesti ohjeita toimintaan. Vastaajat toivat vahvasti esiin, että asiakastyön tekeminen menee kaiken edelle. Keskusteluja käydään ja koulutuksiin osallistutaan, mikäli asiakaskäynneiltä jää sille aikaa.

Oikein toteutetulla käsihygienialla voidaan estää jopa 70 prosenttia hoitoon liittyvistä infektioista. Suomessa hoitoon liittyvien infektioiden on laskettu koko väestötasolla aiheuttavan jopa yli tuhat tarpeetonta kuolemaa. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että säännöllisellä koulutuksella on suotuisat vaikutukset hoitajien tietoihin ja taitoihin käsihygieniasta, hoitoon liittyvistä infektioista sekä niiden aiheuttamista haitoista. Myös kaikki vastaajat pitivät tärkeänä sitä, että henkilöstöä koulutetaan. Koulutusta voidaan saada työnantajan tai ulkopuolisen kouluttajan järjestämänä. Hieman ristiriitaista on kuitenkin se, että arkityön organisointi koetaan niin haastavaksi, etteivät suunnitellut koulutukset aina toteudu. Työntekijä on toki itse vastuussa siitä, että hän osallistuu itselle suunniteltuihin koulutuksiin ja etsii aktiivisesti koulutuksia, joihin katsoo olevan tarvetta. On kuitenkin esimiehen vastuu valvoa toimintaa kokonaisuudessaan. Kotihoidossa hoitotyön hygieniakoulutuksia suunnittelee ja toteuttaa hygieniahoitaja. Tilaisuudet voidaan esimiesten toiveiden mukaisesti järjestää niin, että kaikki työntekijät osallistuvat tai niin, että vain hygieniayhdyshenkilöt osallistuvat. Pääsääntöisesti hygieniahoitajan järjestämät koulutustilaisuudet kohdennetaan hygieniayhdyshenkilöille, joiden on tarkoitus jakaa tieto omaan työyhteisöönsä. Koulutustilaisuuksissa käydään läpi suunnitellut asiat ja lopuksi annetaan materiaali hygieniayhdyshenkilön käyttöön, helpottamaan tiedon jakamista. Valtaosa vastaajista kuitenkin myönsi, ettei tällaista tiedon jakamista tapahdu. Tällöin koulutuksesta saatu oppi ei siirry käytännön työhön, kun tieto jää koulutuksessa käyneelle hoitajalle.

Kouluttautuminen ei ole kaikille työntekijöille itsestäänselvyys. Vastaajat kokivat, että pieni osa työntekijöistä etsii ja osallistuu aktiivisesti koulutuksiin, mutta valtaosaa pitää

patistaa osallistumaan. Kotihoidossa koulutukseen osallistuminen tarkoittaa sitä, että työntekijä on pois asiakastyön tekemisestä ja muut, vuorossa olevat hoitajat tekevät koulutukseen menijän työt. Koulutukseen osallistuminen ei ole riittävä peruste sijaisen hankkimiselle. Tämä voi suurelta osin olla syynä siihen, etteivät työntekijät ole kovin innostuneita kouluttautumaan. Lisäksi joukkoon mahtuu henkilöitä, jotka kokevat helpoimpana vaihtoehtona arkityön, eivätkä innostu koulutustilaisuuksista, jotka rikkovat tutun ja turvallisen arjen. Haastateltavat toivat esiin myös sen, että osa henkilöstöstä on välinpitämätöntä, eivätkä itse koe koulutustarvetta, vaikka sitä perustellusti olisikin. Vastauksista kävi ilmi, että osa järjestetyistä koulutuksista koetaan sisällöllisesti vääräksi, kotihoitoon sopimattomiksi. Hygieniahoitajan järjestämiin koulutuksiin materiaali on aina räätälöity sopimaan juuri kotihoitotyöhön ja ideana on keskustella ajankohtaisista asioista kotihoitotyön näkökulmasta. Kouluttautumattomuutta perusteltiin myös sillä, että koulutuksen toteuttamista ei koeta mielekkäänä omalle oppimiselle. Osallistava hygieniakoulutus koettiin osaltaan mielenkiintoa lisäävänä ja vastaajat sitä jopa toivoivat. Käytännössä on kuitenkin huomattu etteivät kuulijat tuo aktiivisesti esille näkemyksiään, ja tilanteet on koettu lähinnä vaivaannuttavina. Ainakin hygieniayhdyshenkilöiden odotetaan osallistuvan hygieniakoulutuksiin ja välittää niissä saamaansa tietoa edelleen yksikkönsä työntekijöille.

Kotihoidossa hygieniayhdyshenkilö toimii hyvänä esimerkkinä muille omilla työskentelytavoillaan, kehittää aktiivisesti yksikkönsä infektioiden torjuntaa ja aseptisia toimintatapoja, erityisesti käsihygienian toteutumista, sekä ohjaa tarvittaessa muita. Tämän lisäksi hygieniayhdyshenkilö toimii yhteyshenkilönä oman yksikkönsä ja hygieniahoitajan välillä. Jokaisella alueella on nimettynä ainakin yksi varsinainen hygieniayhdyshenkilö, ja usein hänelle on nimetty varahenkilö. Hygieniahoitaja pitää hygieniayhdyshenkilöille koulutusta keskimäärin neljä kertaa vuodessa. Tämän lisäksi työntekijöillä on mahdollisuus osallistua kaupungin muihin hygieniakoulutuksiin, omien tarpeidensa mukaisesti. Vastaajat kertoivat, ettei kouluttautumiselle tahdo jäädä aikaa varsinaiselta asiakastyöltä. Kiireisen arkityön vuoksi työntekijät eivät ole kovinkaan oma-aloitteellisia etsimään, saati ilmoittautumaan koulutuksiin. Vastaajat kertoivat, etteivät työntekijät koe hygieniakoulutusta kovinkaan tarpeellisenä, saati mielenkiintoisena. Osa vastaajistakin myönsi, että lähes kaikki muu koulutus menee heidän mielestään hygieniakoulutuksen edelle, jos valintoja eri koulutusten välillä pitää tehdä. Useampi vastaajista oli sitä mieltä, että heidän tulisi olla tämän suhteen tarkempia ja tiukempia. Vaikka jokainen hoitaja on vastuussa oman ammattitaitonsa ylläpitämisestä ja kehittämisestä, on esimies lopulta kuitenkin vastuussa henkilöstön ammatillisen osaamisen riittävydestä suhteessa työtehtäviin.



Kotihoidon ohjaajan tehtävä on tunnistaa kotihoitotyössä tarvittava osaaminen, johdtaa työntekijöiden osaamisen kehittämistä ja tukea työyhteisön kehittymistä.

Kokonaisuutena hygieniayhdyshenkilön rooli on sellainen, jota kotihoidossa tulisi enemmän hyödyntää. Hoitotyön hygienia ja aseptinen toiminta luo perustan koko hoitotyölle. Esimiehen tulee velvoittaa ja varmistaa, että nimetty työntekijä osallistuu hygieniayhdyshenkilöille tarkoitettuihin koulutustilaisuuksiin. Tämän lisäksi hygieniayhdyshenkilölle on annettava mahdollisuus jakaa tietoa työyhteisön muille jäsenille. Esimiehet kokivat, ettei hygieniayhdyshenkilöä arvosteta työyhteisössä. Voiko arvostuksen puute olla yhteydessä siihen, ettei työntekijän erityisosaamista huomioida ja hyödynnetä esimiehen aloitteesta tarpeeksi? Osaavatko työntekijät itse arvostaa omaa erityisosaamistaan?

Kaikkien vastaajien mielestä hoitotyön hygieniaan ja aseptiseen työskentelyyn pitäisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Useat vastaajista totesivat, että heidän olisi itse otettava enemmän vastuuta työyhteisön osaamisen varmistamisesta ja työn kehittymisestä. Vastaajat kuvasivat arkityötään hyvin hektiseksi ja pirstaleiseksi, jonka vuoksi laajempien kokonaisuuksien valvominen koettiin hankalana. Myös kotihoidon lähiesimiehille tulee järjestää tarvittavaa hygieniakoulutusta, jolla varmistetaan esimiehen valmius valvoa ja ohjata työntekijöitään hygieniaosaamisen tukemiseksi.

Kokonaisuudessaan kartoitus osoitti, että kotihoidon lähiesimiehet kokevat hoitohenkilöstön hygieniaosaamisen tukemisen hyvin haastavana. Kotihoidon ohjaajan työtä tekeville henkilöille tulee jatkossa kohdentaa tarvittavaa hygieniakoulutusta. Lisäksi hygieniaosaaminen pitää ottaa selkeäksi osaksi kotihoidon perehdytystä ja osaaminen tulee varmistaa esimerkiksi infektioiden torjuntapassi-muodossa. Tällöin työntekijät veloitetaan osallistumaan teoriaopetukseen, jonka jälkeen on mahdollista osoittaa riittävät käytännön taidot näyttöjä antamalla. Tutkimustulokset osoittavat, että käsihygienia toteutuu oikeaoppisesti vain noin 44 prosentissa tapauksista. Kotihoidon hygieniatyön aktivoimiseksi hygieniayhdyshenkilöiden tulee jatkossa tehdä tiivistä yhteistyötä hygieniahoidajan kanssa. Lähiesimies on se henkilö, joka suunnittelee ja varmistaa, että hygieniayhdyshenkilöille jää aikaa osallistua heille tarkoitettuihin koulutuksiin, ja jakaa saamaansa tietoa omalle työyhteisölleen.

Vastaajat kokivat yksimielisesti, että kotihoidon hygieniatyötä tulisi kokonaisuudessaan kehittää. Kehittämistä toivottiin erityisesti uuden työntekijän perehdyttämisen toteuttami-

selle käytännössä. Perehdytys on kokonaisuus, josta on vaikeaa eritellä varsinaista hygieniasuutta, koska hoitotyön hygienia ja aseptinen toiminta luovat perustan käytännön hoitotyölle. Tämän vuoksi perehdytys ja sen toteutuminen kotihoidossa voisi kokonaisuudessaan olla seuraava jatkotutkimushaaste. Lisäksi kotihoidon lähiesimiesten pitäisi ottaa tiukempi linja työntekijöiden toiminnan valvomisessa. Esimiehen tulee ohjata työntekijöitä hoitotyön hygieniakoulutuksiin ja valvoa, että työntekijät noudattavat voimassa olevia toimintaohjeita. Tämän lisäksi hygieniayhdyshenkilön roolia työyhteisössä pitää selkiyttää. Esimiehen on tuettava yhdyshenkilöä työyhteisön opastamisessa ja mahdollistettava hygieniahoitajan pitämiin koulutuksiin pääseminen. Hygieniayhdyshenkilöiksi pitää valita työntekijä, joka on innostunut ja motivoitunut hygieniatyön kehittämisestä kotihoidossa. Kotihoidossa on yhden hygieniahoitajan resurssilla mahdotonta jalkauttaa tietoa käytäntöön riittävästi. Tämän vuoksi hygieniayhdyshenkilöiden on tehtävä aktiivisesti yhteistyötä hygieniahoitajan kanssa.

Vastaajien kertomuksissa oli yhdenmukaisia kertomuksia siitä, minkälaisiksi vastaajat kokivat omat mahdollisuutensa työntekijöiden hygieniasaamisen tukemiseksi. Tulosten mukaan kehittämistarpeet olivat vastaajien kesken hyvin samankaltaisia. Toisaalta haastatteluihin osallistui vain noin kymmenen prosenttia lähiesimiehen työtä kotihoidossa tekevistä henkilöistä. Mikäli vastaajajoukkoa olisi laajennettu, on mahdollista, että kehittämishaasteita olisi noussut esiin enemmän. Vastauksista kävi selkeästi ilmi se, että esimiestyötä tekevien henkilöiden henkilökohtaiset uskomukset ja käsitykset hyvästä hygieniatyöstä ohjasivat voimakkaasti käytännön työn tekemistä. Tämä seikka huomioiden, kattavampi vastaajajoukko olisi saattanut antaa perusteluja käytännön toiminnalle monipuolisemmin. Vastaajat kertoivat työstään subjektiivisten kokemustensa perusteella. Aineiston perusteella ei voida tehdä päätelmää tulosten yleistettävyydestä. Saatuja vastauksia tarkasteltaessa, on kuitenkin huomioitavaa, että yksittäisten vastaajien ajatuksissa oli melko paljon yhteneväisyyksiä. Tämän perusteella voidaan olettaa, että sama ilmiö toistuisi myös laajemmalla otannalla.

## Lähteet

Anttila Veli-Jukka - Hellstén Soile - Rantala Arto - Routamaa Marianne, Syrjälä Hannu - Vuento Risto (toim.). 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta, 6. painos. Porvoo: Suomen Kuntaliitto.

Burns Nancy - Grove Susan K. 2009. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th Edition. Saunders Elsevier. St. Louis.

Clark Pamela. 2010. Emergence of Infection Control Surveillance in Alternative Health Care Settings. Infusion Nursing Society 33 (6). 363-370.

Elo Satu - Kyngäs Helvi. 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62 (1). 107-115.

Engeström Yrjö - Niemelä Anna-Liisa - Nummijoki Jaana - Nyman Juha (toim.). 2009. Lupaava kotihoito - Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell Oy.

Eriksson Katie - Isola Arja - Kyngäs Helvi - Leino-Kilpi Helena - Lindström Unni - Paavilainen Eija - Pietilä Anna-Maija - Salanterä Sanna - Vehviläinen-Julkunen Katri - Åstedt-Kurki Päivi. 2012. Hoitotiede, 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Finne-Soveri Harriet - Björkgren Magnus - Vähäkangas Pia - Noro Anja (toim.) - Stakes. 2007. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Fitzpatrick et al. 2011. A novel educational programme to improve knowledge regarding health care-associated infection and hand hygiene. International Journal Nurse Practice 17. 269-274.

Helsinki 2017. SKH-palveluiden organisaatiokaavio. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.6.2017. <[http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/Documents/SOTE\\_Sariaala\\_kuntoutus\\_hoiva\\_fi.pdf](http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/Documents/SOTE_Sariaala_kuntoutus_hoiva_fi.pdf)>. Luettu 3.10.2017.

Hirsjärvi Sirkka - Hurme Helena. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi Sirkka - Remes Pirkko - Sajavaara Paula. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hägg Tina - Rantio Merja - Suikki Päivi - Vuori Anne - Ivanoff-Lahtela Päivi. 2007, Hoitotyö kotona. Oppimateriaalit, Porvoo. Helsinki: WSOY.

Ikonen Eija-Riitta. 2013. Kehittyvä kotihoito, 3. uudistettu painos, Porvoo: Bookwell Oy.

Kakkori Pauliina - Lankinen Heli - Pentti Marja (toim.) 2010. Ensihoito: hygienia ja mikrobiologinen työturvallisuus. Kuusankoski.

Kananen Jorma. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kananen Jorma - Heikkinen Risto (toim.). 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä. Tampereen Yliopistopaino Oy, Makkonen Teemu (toim.) - Juvenes Print.

Kankkunen Päivi - Vehviläinen-Julkunen Katri. 2015. Tutkimus Hoitotieteessä. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansanterveyslaki 66/1972. Annettu Helsingissä 28.1.1972.

Koivuranta-Vaara Päivi. 2011. Terveystieteiden laatuopas. 1. painos, Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Verkkodokumentti. <<http://Terveystieteiden laatuopas>>. Luettu 31.1.2017.

Kolho Elina - Lyytikäinen Outi. 2014, Ohje moniresistenttien mikrobien tartunnantorjunnasta. Kirjoittajat ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino Oy. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-260-7>>. Luettu 26.9.2016.

Kotihoito 2020 Kotihoidon toiminta- ja kehittämissuunnitelma vuosille 2015-2020. Helsingin kaupunki. Verkkodokumentti. <[http://www.hel.fi/static/sote/vanhusneuvosto/Kotihoito\\_2020\\_09092015.pdf](http://www.hel.fi/static/sote/vanhusneuvosto/Kotihoito_2020_09092015.pdf)>. Luettu 26.9.2016.

Kyngäs Helvi - Elo Satu - Pölkki Tarja - Kääriäinen Maria - Kanste Outi. 2011. Sisälönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2). 138-148.

Kärki Tommi - Lyytikäinen Outi. 2013. Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys Suomessa 2011. Suomen lääkärilehti 68 (1-2). 39-45.

Laine Päivi. 2016. Tutkimuksen eettiset tekijät. Luentomateriaali. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.

Laki ikääntyvän väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/2002. Annettu Helsingissä 17.8.2002.

Larmi Aini - Tokola Eeva - Välkkiö Heleena. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Vammala: Vammalan kirjapaino.

McCoy Renee - Via Browning Sarah. 2014. Creating a Meaningful Infection Control Program. Home Healthcare Nurse. 32 (3). 167-171.

Pahkin Krista - Kurki Anna-Leena - Mäki Eerikki - Lindström Sara. 2014. Kohti yhtenäisiä henkilöstövoimavarojen johtamiskäytäntöjä. Opas johtamiskäytäntöjen arvioimiseksi ja kehittämiseksi turvallisuuskriittisessä organisaatiossa. Työterveyslaitos ja Aalto-yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-381-3> (pdf)>. Luettu 26.9.2016.

Palosara Jaana - Laine Katja - Routamaa Marianne - Ojanperä Helena - Järvinen Raija. 17.4.2013. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Käsihygienian hygieniahoidajan silmin nähtynä. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/documents/584227/1449683/Kasihygienia+hygieniahoidajan+silmin.pdf/49e0cefe-65a5-4c32-b68c-7ba7a69a63b4>>. Luettu 26.9.2016.

Rintala Esa - Routamaa Marianne. 2013. Hyvä käsihygienian sairaalassa – suositus vai velvollisuus? Suomen Lääkärilehti 68 (15). 1120-1121.

Routamaa Marianne - Hupli Maija. 2007. Käsihygienian hoitotyössä. Suomen Lääkärilehti 62 (24). 2397-2401.

Skogberg Kirsi - Ollgren Jukka - Nuorti Pekka - Ruutu Petri - Lyytikäinen Outi. 2013. Veriviljelypositiivisten infektioiden aiheuttama tautitaakka lisääntymässä Suomessa. Suomen Lääkärilehti. 68 (1-2). 33-38.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982. Annettu Helsingissä 17.9.1982.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Etene-julkaisuja 1. 2001. Terveystenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Verkkodokumentti. <<http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveystenhuollon+yhteinen+arvo-pohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>>. Luettu 4.12.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013: 11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>>. Luettu 29.11.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013:11. Verkkodokumentti. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1)>. Luettu 4.12.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö - Stakes - Suomen Kuntaliitto 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000 -luvulle. Valtakunnallinen suositus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Speigel H. - Holler C. - Randzio O. - Liebl B. - Herr C. 2013. Infektionshygiene in der ambulanten Pflege - Eine Untersuchung zur Strukturqualität. Das Gesundheitswesen 75 (2) 111-118.

Strauss Anselm - Corbin Juliet. 1998. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Second edition, SAGE Publications. California.

Suomen perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999.

Tartuntatautilaki 583/1986. Annettu Helsingissä.25.7.1986.

Terveystenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Laatu ja potilasturvallisuus - Hyvä Käsihygienia. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/hyva-kasihygienia>>. Luettu 29.11.2016.

Tuomi Jouni - Sarajärvi Anneli. 2012. Laadullinen tutkimus, 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi Jouni - Sarajärvi Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus, 7. uudistettu painos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. <[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)>. Luettu 1.2.2017.

Työturvallisuuslaki 73/2002. Annettu Helsingissä 23.8.2002.

Vallejo Medina Aila. 2006. Vanhustenhoito. 1.-2. painos. Porvoo: WSOY.

Vähäkangas Pia - Niemelä Katriina - Noro Anja. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 48/ 2012.

White et al. 2015. Using a theory of planned behavior framework to explore hand hygiene beliefs at the '5 critical moments' among Australian hospital-based nurses. BMC Health Services Research. 59 (15) 1-9.

WHO 2013. Washington Nurse. 43 (3): 7.

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. 2009. Verkkodokumentti. <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf)>. Luettu 26.9.2016.

## LIITTEET

Liite 1 Eri tiedonhakuportaalien sekä hakusanojen käyttö

Liite 2 Haastattelulomake

Liite 3 Taulukot aineiston analysoinnista

## Eri tiedonhakuportaalien sekä hakusanojen käyttö

Tietokanta	Hakusana(t)	Rajaukset	Tulokset	Valinta	Valintaperusteet
Medic	kotihoito AND hygienia		0		
Medic	kotihoito AND aseptiikka		0		
Medic	hoitoon liittyvät infektiot AND esiintyvyys	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus	5	Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys Suomessa vuonna 2011	Nimen perusteella
Medic	hoitoon liittyvät infektiot AND hygienia	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus	1	ei valintaa	
Medic	hoitoon liittyvien infektioiden torjunta AND hygienia	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus	2	ei valintaa	
Medic	hoitoon liittyvien infektioiden torjunta	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus	33	Veriviljelypositiivisten infektioiden aiheuttama tautitaakka lisääntymässä Suomessa	Nimen perusteella
Medline (Ovid)	health care associated infection AND home care	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus, koko teksti saatavilla	4	Emergence of Infection Control Surveillance in Alternative Health Care Settings	Nimen perusteella
Medline (Ovid)	infection control management AND home care	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus	13	Infection control management and practice in home care - analysis of structure quality	Nimen perusteella
Medline (Ovid)	infection prevention processes	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus	5	Creating a Meaningful Infection Control Program	Nimen ja tiivistelmän perusteella
CINAHL	hand hygiene AND health care associated infection	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus, koko teksti saatavilla	9	Using a theory of planned behaviour framework to explore hand hygiene beliefs at the '5 critical moments' among Australian hospital-based nurses	Nimen perusteella
CINAHL	health care associated infections AND hand hygiene	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus, koko teksti saatavilla	9	A novel educational programme to improve knowledge regarding health care-associated infection and hand hygiene	Nimen perusteella
CINAHL	hand hygiene AND best practices	v. 2006-2016, alkuperäistutkimus, koko teksti saatavilla	5	WHO Study: Nurses Practise Best Hand Hygiene	Nimen perusteella

**Haastattelulomake****HAASTATELTAVAN ESITIEDOT**

Kotihoidon hoitohenkilöstön hygieniosaamisen tukeminen lähiesimiesten koke-  
mana

Haastateltavan havaintotunnus: \_\_\_\_\_

Esitiedot (haastateltava täyttää), rastita oikea vaihtoehto

Sukupuoli:	mies	<input type="checkbox"/>	nainen	<input type="checkbox"/>
Ikä (vuotta):	< 35	<input type="checkbox"/>	36 -45	<input type="checkbox"/>
	46 -55	<input type="checkbox"/>	>56	<input type="checkbox"/>
Peruskoulutus:	lähihoitaja	<input type="checkbox"/>		
	sairaanhoitaja	<input type="checkbox"/>		
	terveydenhoitaja	<input type="checkbox"/>		
	sosionomi	<input type="checkbox"/>		
	Muu, mikä	<input type="checkbox"/>	_____	

Kuinka kauan olet  
työskennellyt nykyisessä  
toimessa?

< vuoden	<input type="checkbox"/>
1 -5 vuotta	<input type="checkbox"/>
6 -10 vuotta	<input type="checkbox"/>
11 -15 vuotta	<input type="checkbox"/>
16 -20 vuotta	<input type="checkbox"/>
>20 vuotta	<input type="checkbox"/>



## HAASTATTELUN RUNKO / TEEMA-ALUEET

### Kotihoidon hygieniatyö

1. Kuvaile, mitä kotihoitotyön hygieniosaamisella mielestäsi tarkoitetaan?
2. Kuvaile, millaista hygieniosaamista alueesi työntekijöillä mielestäsi on?
3. Kuvaile, miten teillä on otettu hoitotyön hygieniä ja aseptiikka huomioon käytännön asiakastyössä?
  - onko vastuuhenkilöä?
  - minkälainen hänen toimenkuvansa on?

### Perehdytys

1. Kuvaile, kuinka sinä esimiehenä huolehdit uusien työntekijöiden perehdyttämisen toteutumisesta kotihoidon hygieniatyön näkökulmasta
  - kuka uuden työntekijän perehdyttää?
  - millä tavalla perehdytystä annetaan?
  - millä tavalla varmistetaan, että perehdytyksessä on onnistuttu?
2. Kuvaile, nykyisen toimintatapanne hyviä ja huonoja puolia.
  - Oletko tyytyväinen nykyiseen toimintatapaanne?
  - Jos olet, mikä siinä on hyvää ja mikä huonoa?
  - Jos et, miksi ja miten kehittäisit toimintaa paremmin toimivaksi?
3. Miten toimintatapoja tulisi tässä asiassa mielestäsi muuttaa nykyisestä?
  - kuvaile mitä, miksi ja miten muuttaisit?

### Hygieniosaamisen tukeminen

1. Kuvaile, miten esimiehenä tuet työntekijöiden hygieniatyötä ja aseptista toimintaa?
2. Kuvaile, miten esimiehen näkökulmasta haluaisit kehittää alaistesi hygieniosaamista?
3. Mitä muuta aiheeseen liittyvää haluaisit sanoa?

## PYYNTÖ HAASTATTELUUN OSALLISTUMISEKSI

Olen Metropolia YAMK Kliininen Asiantuntija-opiskelija ja teen opinnäytetyötä, joka sijoittuu Helsingin kaupungin kotihoitoon. Opinnäytetyössäni kartoitan kotihoidon lähiesimiesten näkemyksiä työntekijöiden hygieniasaamisen tukemisesta. Teidän näkemyksenne asiasta on erittäin tärkeä ja voitte kertoa aiheesta luottamuksellisesti.

Kartoitan kotihoidon lähiesimiesten näkemyksiä teemahaastatteluina, teemat ovat kaikille vastaajille samoja. Haastattelut toteutetaan työaikana, ja pyydän Teitä varaamaan aikaa haastattelua varten noin 45 minuuttia. Haastatteluja varten tarvitsen kuusitoista (16) vapaaehtoista vastaajaa Helsingin kaupungin kotihoidon ohjaajien joukosta. Haastattelu aika sovitaan Teidän aikataulujenne mukaisesti. Haastattelut nauhoitetaan luotettavien tulosten varmistamiseksi. Äänitallenteet ja muu tutkimuksen tekemisen aikana syntynyt materiaali hävitetään heti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, eikä vastaajien tarkkoja toimipaikkatietoja tai muitaakaan vastaajan tunnistamiseen liittyviä tietoja julkisteta työn missään vaiheessa. Haastatteluissa ei tule ilmi henkilötietoja ja tulokset analysoidaan siten, ettei kukaan osallistujista ole tunnistettavissa. Voitte kieltäytyä, keskeyttää tai perua osallistumisenne, missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Teillä on myös myöhemmin oikeus saada lisätietoa tutkimuksesta tai sen etenemisestä. Mikäli päätätte perua osallistumisenne, haastattelunne tuottamaa materiaalia ei huomioida tulosten loppuraportissa.

Pyydän teitä huolellisesti perehtymään tähän tiedotteeseen, jonka jälkeen voitte halutesanne allekirjoittaa kirjallisen suostumuksen osallistumisenne varmistamiseksi. Palauta suostumuslomake suljetussa kirjekuoressa, sisäpostilla osoitteeseen: Hygieniahoitaja Tiiu Seitalahti PL 6510, 00099 Helsingin kaupunki. Lomakkeet pyydetään ystävällisesti palauttamaan 31.3.2017 mennessä. Haastattelut toteutetaan huhti-kesäkuun aikana 2017, jolloin olen yhteydessä Teihin.

Opinnäytetyöni valmistuu vuoden 2017 lopulla. Työtäni ohjaa Metropolian YAMK Lehtori Eila-Sisko Korhonen, Helsingin kaupungin sairaalasta ylihoitaja Mari Muhonen ja osastonhoitaja Eija Sonninen sekä Helsingin kaupungin kotihoidosta kotihoitopäällikkö Eeva Sandelin.

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tässä asiakirjassa kuvattuun tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi.

---

Allekirjoitus

---

Päiväys

---

Nimenselvennys

---

Paikka

---

Haastattelijan allekirjoitus

---

Päiväys

---

Nimenselvennys

---

[tiu.seitalahti@metropolia.fi](mailto:tiu.seitalahti@metropolia.fi)

sähköpostiosoite

Alkuperäinen, allekirjoitettu asiakirja palautetaan tutkijalle, kopio jää tutkittavalle.

Mikäli Teillä on jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte olla yhteydessä minuun tai ohjaavaan opettajaani, Lehtori Eila-Sisko Korhoseen ([eila-sisko.korhonen@metropolia.fi](mailto:eila-sisko.korhonen@metropolia.fi)).

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Perehdytysjakso on uusille työntekijöille kolme päivää."	<ul style="list-style-type: none"><li>3 päivää</li><li>5 päivää</li><li>2 viikkoa</li></ul>	Perehdytysaika	Kokemukset perehdytyksestä	Kotihoidon lähiesimiesten kokemuksia työntekijöiden hygieniosaamisen tukemisesta
"Uudet hoitajat kulkevat kolmesta päivästä kahteen viikkoon jonkun mukana."				
"Meillä on perehdytys viisi päivää jokaisella työntekijällä."				
"Ei ole mitään perehdytysuunnitelmaa. Luotan varmaan liikaakin siihen ammattitaitoon, mitä hoitajilla on."	<ul style="list-style-type: none"><li>On suunnitelma</li><li>Ei ole suunnitelmaa</li></ul>	Perehdytysuunnitelma		
"Siinä on niin paljon asioita, et erikseen niin kun esille otettasi hygieniosaamista, se on kyllä aika harvinaista."				
"Annan perehdytyskortin ja alustan sen läpikäymisen..."				
"Ensin käydään teoria läpi ja sitten lähdetään ottamaan näyttöjä."	<ul style="list-style-type: none"><li>Teoria</li><li>Näytöt</li><li>Työympäristö</li><li>Työvälineet</li><li>Perehdytyspäiväluento</li></ul>	Toteutunut perehdytys		
"Hänelle (uudelle työntekijälle) nimetään siitä perehdyttäjä."				
"Riippuu perehdytettävästä itsestään, että miten hyvin on sisäistänyt tämän."				
"Sithän ne osallistuvat siihen perehdytyspäivään."	<ul style="list-style-type: none"><li>Esimies</li><li>Kotihoidon ohjaaja</li></ul>	Esimiehen vastuu		
"Mä pyrin neuvomaan niin paljon kun, mitä mulla on tietoa ja taitoa, ja ohjaamaan ja opastamaan."				
"... näyttää, mistä suojavaatteet löytyvät. Ja yleensäkin kaikki käsidesit ja tavallaan, mitä siellä repussa pitäisi olla. Ja jonkun verran käydään jo läpi sitä, että mitä siellä käynneillä tapahtuu."				
"Esimiehenä mä kysyn, onko vielä jokin osa-alue, johon haluaisi enemmän paneutua."				
"Jää vähän vähemmälle systemaattinen perehdytyskeskustelu."				
"Esimies ei ole aina siinä neuvomassa ja opastamassa..."				
"Työntekijä, joka sitä uutta perehdyttää, niin hän omalla toiminnallaan kertoo meidän käytännöt ovat."	<ul style="list-style-type: none"><li>Perehdyttäjä</li><li>Sairaanhoitaja</li><li>Muut työntekijät</li></ul>	Työyhteisön vastuu		
"... työntekijät perehdyttävät uusia työntekijöitä."				
"Hygieniasiat jäävät sitten meidän sairaanhoitajalle."				
"Täytyy vaan luottaa, että perehdyttäjä tietää."				

"Sairaanhoitaja varmistaa osaamisen."				
"Perehdyttäminen jää, niin kuin muutkin hoitotyön kysymykset, meidän sairaanhoitajalle."				
"Vastuu on minun mielestä työntekijällä itsellään ottaa asioista selvää."				
"Vastuutan uutta työntekijää itseään..."	• vastuu itsellä	Työntekijän vastuu		
"Osittain jää omalle vastuulle."				
"Työskentelyä havainnoidaan, toimiiko aseptisesti ja osaako tehdä sen tehtävän mikä on annettu."				
"Kahden viikon jälkeen mä keskustelen työntekijän kanssa, että mikä se tilanne on niin, että tuntuuko että jostain olisi tarvetta saada lisää tietotaitoa."	• Havainnointi • Keskustelu • Kertaaminen • Palaute	Perehdytyksessä onnistumisen varmistaminen		
"Mä käyn, taustakokemuksesta riippuen, kerrasta kahteen kertaan läpi perehdytysaikaa ja sitä, missä he kokevat, että tarvitsisivat vielä..."				
"Kysellään kokemuksia ja mielipiteitä, mutta palaute on yks, mitä pitäisi kehittää. Konkreettinen ja systemaattinen tiedonkeruu puuttuu."				
"... niitä käsitellään sitten lähipalvelualuekokouksissa tai tiimissäkin tavallaan kaikkien kanssa ja muistutellaan, miten pitäisi toimia ja tehdä."	• Kokoukset • Keskustelu työyhteisössä • Esimiehen huomautus • Ei huomioida mitenkään • Hygieniahoidajan konsultaatio • Palautteeseen reagointi • HaiPro-ilmoitus	Epäkohtiin puuttuminen		
"Enemmän saisi olla sellaista kollegiaalisuutta, että pitäisi ohjata toisia ja ottaa se ohjaus vastaan."				
"Käydään keskustelua kerran viikossa."				
"Jos ei ohjaaja huomaa, että oma-aloitteellisuus niin kun puuttuu tietyntilaisissa asioissa."				
"Otetaan hygieniahoidajaan yhteys ja kysytään, et mikä on oikea toimintatapa. Tai toki me yritetään ensin itse katsoa intrasta."				
"Sijaisilta tulee palautetta."				
"Kysyn, että tuliko HaiPro tehtyä?"				
"Ohjaajan johdolla on käyty läpi ajankohtaisia asioita, varotoimia tai muita."	• Esimies jakaa tietoa • Hygieniayhdyshenkilö jakaa tietoa • Keskustelu työn lomassa	Kouluttaminen	Kokemukset osaamisen tukemisesta	
"Yhdessä käydään läpi, et mistä se tieto löytyy ja et ne tulisi konkreettisemmiksi asiakkaitten kautta."				
"Hygieniavastaava tuo sitä tietoa."				
"Meillä käydään näitä asioita ihan päivittäisessä arjessa."				

"... et kaikki ketkä pääsee niin käy niitä eri koulutuksia."	<ul style="list-style-type: none"> <li>Järjestetyt koulutustilaisuudet</li> </ul>			
"Takapuolelle potkua vaativat siihen, että lähtevät sitä päivittämistä tekemään."	<ul style="list-style-type: none"> <li>Velvollisuus ylläpitää ammattitaitoa</li> </ul>	Kouluttautuminen		
"Kyllä mä sanon, että koulutusta löytyy, ja että sinne pitää mennä, ettei kukaan voi sanoa, että ei tehnyt, kun ei osannut."	<ul style="list-style-type: none"> <li>Velvollisuus oppia uutta</li> </ul>			
"... et sinne velvoitetaan, niin kun meidän ohjaajien pitää velvoittaa, että työntekijät osallistuvat."	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osallistuminen omaehtoisesti</li> </ul>			
"Kyllä ne ovat sitoutuneita. Sattuu semmoisia inhimillisiä virheitä, et ei muista mennä."	<ul style="list-style-type: none"> <li>Halu kouluttautua</li> </ul>			
"Nämähän ovat monet koulutukset suunnattu sairaalaympäristöön, semmoiseen erilaiseen ympäristöön, niin siksi he kokevat, ettei se kosketa heitä."	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei koe tarvetta kouluttautua</li> </ul>	Kouluttautumattomuus		
"Osittain voi olla sellaista välinpitämättömyyttä, et hei en mä nyt ehdi. Et se on semmoinen asia mihin esimiehen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota."	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei ole halua osallistua koulutuksiin</li> </ul>			

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Hygieniayhdyshenkilölle pitäisi olla enemmän aikaa siihen perehdytykseen."	<ul style="list-style-type: none"><li>Perehdytyksen kesto</li><li>Opastus toiminta-ohjeisiin</li><li>Perehdytyksen antaja</li></ul>	Mitä pitäisi kehittää?	Perehdytyksen kehittäminen	Kotihoidon lähesimpien kokemuksia hygieniatyön tukemisesta ja kehittämisestä esimiestyössä
"Intran käytön perehdyttäminen on jäänyt meillä välillä lapsenkenkiin, et sitä meidän pitäisi kehittää."				
"... älykäs perehdyttäjä, joka on kokonaisvaltainen... joka ymmärtää laajoja kokonaisuuksia."				
"Perehdytys pitäisi kotihoidossa olla laadukkaampaa."	<ul style="list-style-type: none"><li>Työn laadun varmistaminen</li><li>Perehdytyksestä ehjä kokonaisuus</li><li>Suunnitelmallisesti toimiminen</li><li>Toiminnan organisoiminen helpomaksi</li><li>Yhteistyön parantaminen</li></ul>	Miksi pitäisi heittää?		
"Se olisi niin kun hallittavampi kokonaisuus."				
"...paperilla näyttää hyvältä, mutta käytännössä se ei toteudu."				
"Toiminta ei ole niin, suunnitelmallista, ei ole mietitty loppuun."				
"... et olisi selkeätä, mitä siihen kuuluu."				
"Arvostusta enemmän sille hygieniayhdyshenkilölle. Myös työyhteisö pitäisi saada ymmärtämään hygieniatyön merkityksen tärkeys."				
"Kun yhteiskäyntejä ei ole, ei tule sellaista ohjausta, vaan teoriassa ja toimistolla, se on eri asia."	<ul style="list-style-type: none"><li>Kotihoitoon kohdennettu hygieniakoulutus</li><li>Hygieniahoitajan jalkautuminen</li><li>Yhteiskäyntejä</li></ul>	Miten pitäisi kehittää?		
"Yks niistä perehdytyspäivistä vois olla semmoinen hygienia kotihoidossa-päivä."				
"Hygieniahoitajan pitäisi enempi tulla tänne alueille ja tiimeihin."				
"... varmistaa, et hygieniayhdyshenkilö pystyy tekemään sitä työtä, mihin hänellä on tietoa ja taitoa."				
"Että oikeasti puhuttaisiin siellä alueella silloin kun näkee jotain hyvää ja muuta, mikä ei ole niin hyvää."	<ul style="list-style-type: none"><li>Työntekijöille mahdollistetaan heille suunniteltujen töiden tekeminen</li><li>Palautteen antaminen</li></ul>	Ammattitaidon tukeminen ja kehittäminen	Käytännön työ	
"... sairaanhoitajilla olisi enemmän aikaa tehdä yhteiskäyntejä hoitajien kanssa."				
"Jos se kävisi useammin muistuttamassa ja kertomassa, niin iskostuisi hoitajien päähän ja sitten ne ymmärtäisivät paremmin sen tärkeyden, kun just hygieniahoitaja on ainoa, joka siitä puhuu."				
"Hygieniahoitaja vois enemmän näkyä tai olla niitä yhteisiä hommia, missä käytäisiin asioita läpi."	<ul style="list-style-type: none"><li>Koulutusten järjestäminen</li><li>Yhteistyön lisääminen eri ammattiryhmien välillä</li></ul>	Nykyisen toiminnan kehittäminen		
"Meillä pitäisi olla vähintään 3-4 semmoista ihmistä, jotka vastaavat hygieniasta. Silloin ne tavallaan pystyisivät pienemmän porukan kanssa käymään niitä asioita läpi. Se olisi niin kun hallittavampi kokonaisuus."				
"Otettaisiin hoitotyön kysymyksiä ihan säännöllisesti esiin, et semmoiset työpajat olisi erittäin hyviä. Et muutaman pyöräs kerran vuodessa tietynlaisia hoitotyön asioita, ja koko henkilökunta osallistuisi."				